Natália de Fátima Gonçalves Amâncio Karine Siqueira Cabral Rocha
(Organizadoras)



A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

FEPAM
Fundação Educacional de Patos de Minas
UNIPAM
Educação que transforma
medicina
UNIPAM
Atena
Editora
Ano 2023

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio   Karine Siqueira Cabral Rocha

(Organizadoras)



A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

FEPAM
Fundação Educacional de Patos de Minas

UNIPAM
Educação que transforma

medicina UNIPAM

Atena Editora
Ano 2023

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Bruno Oliveira
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

A formação médica e os desafios para a promoção de saúde

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadoras: Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
Karine Siqueira Cabral Rocha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F723 A formação médica e os desafios para a promoção de saúde / Organizadoras Natália de Fátima Gonçalves Amâncio, Karine Siqueira Cabral Rocha. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0808-6
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.086231101

1. Promoção da saúde. I. Amâncio, Natália de Fátima Gonçalves (Organizadora). II. Rocha, Karine Siqueira Cabral (Organizadora). III. Título.

CDD 610.7

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

APRESENTAÇÃO

Este livro compreende uma coletânea de textos elaborados por diferentes autores acerca da *A Formação Médica e os Desafios para a Promoção de Saúde*. Os capítulos foram construídos a partir de um projeto científico elaborado para o Componente Curricular Habilidades de Informática III, do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –UNIPAM.

A coleção é uma obra que tem como foco principal a discussão teórica sobre as necessárias modificações na formação médica, impulsionadas a partir da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, articulando-a com a nova Promoção da Saúde.

Em razão da busca por novas formas de aprender e aplicar saúde e pela importância da integralidade do cuidado, a ciência tem avançado na ampliação da formação médica nos últimos tempos tanto para se alcançar a almejada Promoção da Saúde quanto para capacitar os futuros profissionais a atuarem de forma ativa nos determinantes sociais do processo saúde-doença, superando os gargalos atuais.

Elaborada com cuidado e sensibilidade, a coletânea aborda de forma clara e pontual questões delicadas e extremamente relevantes, vinculadas a formação generalista, humanista, crítico-reflexiva, pautada em princípios éticos, nos diferentes níveis do processo saúde-doença, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Espera-se que esta obra possa contribuir para novos modelos formativos, uma atuação profissional inovadora, qualificada e humanizada nas ciências da saúde. Uma ótima leitura a todos!

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
Karine Siqueira Cabral Rocha

Os temas abordados nos capítulos do livro, buscam trazer a relevância de assuntos imprescindíveis na formação médica, como lidar com grupos vulneráveis desde a primeira infância, adolescência, gestantes e puérperas, transexuais, idosos. Trazem também a importância do cuidado com a saúde mental do próprio médico em formação, o reconhecimento dos saberes tradicionais, a dominância das mulheres na profissão médica e finaliza com a discussão dos desafios da Promoção da Saúde, que são inúmeros.

A iniciativa de compilar assuntos tão diversos retrata a própria natureza interdisciplinar e intersetorial da Promoção de Saúde, traz a diversidade da sociedade para as páginas do livro, dando voz a populações marginalizadas e estigmatizadas até então.

A promoção de saúde como política de saúde no Brasil, tem sido implementada de diferentes maneiras nas regiões brasileiras e tem possibilitado melhoria dos indicadores de saúde, promovendo maior engajamento comunitário, empoderamento e equidade.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é sem sombra de dúvida a principal política de inclusão social e deve ser estudado, entendido e reconhecido como tal.

Redigir o prefácio de obra *A Formação médica e os Desafios da Promoção de Saúde* trouxe expectativas e esperança.

Expectativa por uma obra que se propõe a superar o modelo biomédico justamente na formação médica e que coloca a promoção da saúde como um eixo imperativo na busca de uma medicina cada vez menos cartesiana e cada vez mais centrada no ser humano integral, biopsicosocial.

Esperança por acreditar que a promoção de saúde como campo teórico e metodológico oferece um leque de abordagens para o ensino e a aprendizagem que podem auxiliar na formação diferenciada de profissionais de saúde.

Boa leitura!!

Mônica de Andrade
Vice-presidente da União Internacional de Promoção de Saúde e Educação para a Saúde para América Latina (IUHPE/ORLA)

SUMÁRIO

SUMÁRIO

A ATUAÇÃO MÉDICA NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM PEDIATRIA

Data de aceite: 17/11/2022

Gabriela Tavares de Jesus
Discentes do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Andreza Luiza Souza Côrtes
Discentes do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Francis Jardim Pfeilsticker
Docentes do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Eliane Rabelo de Sousa Granja
Docentes do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Acidente é definido como um evento não-intencional e evitável, que causa lesões físicas e emocionais e ocorre no ambiente doméstico ou social. Embora o termo acidente tenha uma conotação de imprevisibilidade, levando a crer que ele seja incontrolável ou não prevenível, os eventos podem ser caracterizados quanto à causa, origem e determinantes epidemiológicos. Portanto, eles podem ser evitados e controlados (BELELA-ANACLETO; MANDETTA, 2016).

No Brasil os acidentes têm também alcançado grandes proporções, sobretudo na infância, tornando-se um sério problema de saúde pública. Isso acontece, pois segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), anualmente, em todo o mundo, morrem cerca de 830 mil crianças vítimas de acidentes. Embora seja muito difundida a ideia de que os acidentes são meras fatalidades, grande parte dos casos não ocorreria se as pessoas estivessem aptas a evitá-los através de comportamentos e hábitos seguros e de proteção que previnem a ocorrência dessas situações (REIS et al., 2021).

Na faixa etária pediátrica, os fatores de risco para ocorrência de acidentes estão relacionados às características individuais da criança ou adolescente, às condições

sociais e culturais da família, ao ambiente relacional, ao papel da comunidade como condicionante e ao impacto do macroambiente (fatores culturais). Além dos aspectos relacionados à idade, estágio de desenvolvimento e sexo, destacam-se as condições de desigualdade e vulnerabilidade relativas à renda, moradia, trabalho, rede de apoio, nível educacional e número de filhos (BELELA-ANACLETO; MANDETTA, 2016). Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1990, é necessário garantir a todos os setores da sociedade, dando ênfase aos pais e às crianças, o conhecimento sobre os princípios básicos de saúde, assim como o conhecimento de ações de prevenção de acidentes de forma que possam receber apoio para aplicação desses conhecimentos.

Nesse sentido, torna-se necessário o estudo de alguns acidentes pediátricos de relevância para que se possa refletir sobre as principais condutas e procedimentos durante o atendimento, e também, para que se possa atuar de forma preventiva a fim de proteger e assegurar que as crianças cresçam com saúde, qualidade de vida e segurança. Portanto, o presente estudo elenca tipos de acidentes com crianças e discute como o médico e sua equipe podem atuar em busca de prevenção.

AFOGAMENTO

De forma conceitual, afogamento é a dificuldade que um indivíduo possui para respirar (aspiração de líquido) durante a imersão ou submersão em líquido. A dispneia começa quando o líquido entra através das vias aéreas em imersão (salpicos de água na face) ou por submersão (abaixo da superfície do líquido). Tal processo, pode ser ou não ser fatal e para isso, dependerá do tempo decorrido até que o resgate aconteça (VIEIRA, 2019).

Os afogamentos no Brasil não diferem do mundo, mas por possuir uma das maiores áreas espelhadas banháveis durante o ano todo implica em um maior número de resgates aquáticos e um dos maiores números de óbitos no planeta (SOBRASA, 2020). Os afogamentos são a segunda maior causa de morte e a sétima de hospitalização por motivos acidentais entre crianças com idade de zero a 14 anos de acordo com dados do DATASUS de 2018. Dessa forma, percebe-se que é uma modalidade de acidente que ocorre frequentemente.

A princípio, destaca-se que o afogamento normalmente ocorre de maneira rápida e silenciosa, e pode acontecer em um breve momento em que a criança se encontra sem supervisão. Em apenas dois minutos submersa, a criança perde a consciência. Após quatro minutos, danos irreversíveis ao cérebro podem ocorrer. Sendo assim, caso o socorro demore a acontecer, as chances de sobrevivência após afogamento se tornam pequenas, de acordo com a Safe Kids Worldwide, de 2022.

Nesse sentido, por possuírem a cabeça mais pesada que o corpo, crianças com até quatro anos de idade ainda não têm força suficiente para se levantarem sozinhas e nem mesmo capacidade de reagir rapidamente em uma situação de risco. Por isso, em caso de queda ou desequilíbrio, elas podem se afogar até mesmo em recipientes com apenas 2,5 cm de água (AZEVEDO et al., 2018). Por esse motivo, os vasos, as pias, as banheiras, os baldes e as piscinas tornam o ambiente domiciliar uma área importante de risco, além disso, representam ambientes e objetos que despertam grande curiosidade nas crianças com menos de 5 anos. Somado a isso, segundo a Sociedade Brasileira de Salvamento Aquático - Sobrasa (2020), as piscinas e banhos são responsáveis por 3% de todos os casos de óbito por afogamento, mas atingem predominantemente (59%) a faixa de 1 a 9 anos de idade. Por esse motivo, é importante a supervisão de um adulto durante todo o tempo de lazer em áreas com piscinas, mesmos para as crianças que sabem nadar.

Tendo em vista esta problemática, nota-se que ações preventivas, de conscientização, de informação e de conhecimento acerca do meio líquido são de extrema importância. Além disso, a infância é um período crucial para o desenvolvimento motor global da criança, é nesta fase que se adquirem habilidades motoras rudimentares e fundamentais que são o pilar para a aquisição de movimentos mais complexos, e consequentemente melhor competência motora. Em particular, a aquisição de uma melhor competência aquática poderá diminuir o risco de afogamento em situação de acidente, visto que estudos sobre programas de ensino de competências básicas de natação, segurança aquática e de salvamento seguro em crianças, comprovam que o número de afogamentos diminui quando se tem conhecimento sobre meios de prevenção desse tipo de acidente (ROCHA; CRUZ, 2019).

Nesse sentido, o programa de prevenção - PISCINA+SEGURA - criado em 2013 pela Sobrasa objetiva reduzir os incidentes por afogamento em piscinas em seu entorno através da educação de professores de natação e alunos em academias, escolas e clubes. Somado a isso, na Atenção Básica de Saúde, o médico juntamente com a equipe pode atuar promovendo a disseminação de informações relacionadas a prevenção dos afogamentos em casa e em outros ambientes.

QUEIMADURAS

Em virtude da imaturidade, as crianças não compreendem a magnitude dos riscos que as rodeiam e precisam de supervisão para se evitar acidentes (SBP, 2020). De acordo com dados do DATASUS, de 2018, mais de 3.000 crianças, de 1 a 14 anos, morreram de acidentes e, dentre esses acidentes, as queimaduras merecem enfoque por se tratar de uma situação evitável e que provoca inúmeras sequelas no indivíduo lesado, tanto

fisicamente quanto psicologicamente (MESCHIAL; SALES; OLIVEIRA, 2016).

As queimaduras podem ser classificadas quanto ao grau de comprometido tecidual, sendo que as de 1º grau atingem a camada mais superficial da pele, as de 2º grau atingem mais profundamente a área e provocam dor e rubor no local, as de 3º grau comprometem todas as camadas da pele e possui tratamento complexo e, por fim, as de 4º grau atingem a gordura subcutânea, fáscia muscular, músculo e até o osso, comuns em situações que envolvem eletricidade (JACOMASSI, 2018).

Segundo um estudo feito por Bezerra (2020), no período de 2000 à 2014, foram notificados 1581 casos de morte por queimaduras no Brasil, em crianças de zero a quatro anos de idade. Os dados da pesquisa revelaram que 1.126 crianças foram lesadas devido à exposição a corrente elétrica artificial, 225 devido ao contato com fogos, fumaça e chamas, 102 por contato, 13 foram vítimas de descarga elétrica com origem em fenômenos da natureza e 25 por outras causas. Em se tratando do sexo do indivíduo queimado, pôde-se observar que o sexo masculino correspondeu à 66,1% das ocorrências. Além disso, o estudo também concluiu que 50,2% dos acidentes ocorreram dentro das residências.

Outro estudo, feito por Moraes et al. (2019), analisou 92 prontuários de crianças queimadas de 0 a 5 anos de idade, no período de janeiro de 2012 à dezembro de 2015. Quanto ao agente causador, verificou-se que a queimadura por café e água correspondeu à maior porcentagem de incidências, 38,04% e 29,34%, respectivamente. Além disso, 55,56% das crianças tiveram lesões de 2º grau, 37,04% de 1º grau e 7,41% de 3º grau, no último ano analisado. Em relação ao sexo, assim como a análise feita por Bezerra (2020), o sexo masculino representou a maior porcentagem de ocorrências, 68,47%, enquanto que o sexo feminino correspondeu à 31,53% dos acidentes. Esse estudo também elencou as áreas do corpo que mais foram acometidas, prevalecendo o tórax, seguido, em ordem decrescente, braços, face, cabeça, pescoço, coxas, pernas, pé, nádegas e mãos.

Em relação às sequelas que esse tipo de acidente pode ocasionar, Oliveira e Leonardi (2012) realizaram um estudo com dados de 123 prontuários de pacientes queimados que foram admitidos em um hospital de referência de setembro de 2007 à agosto de 2009. Identificou-se que 60,2% das crianças avaliadas apresentaram cicatrização fisiológica, enquanto que 39,8% tiveram sequelas após dois anos da queimadura. A cicatriz hipertrófica foi o tipo de sequela mais prevalente, correspondendo a 56,3% dos casos. Quanto aos agentes etiológicos, a profundidade da lesão e o desfecho da queimadura, os inflamáveis foram os responsáveis pela maior proporção de danos teciduais, houve sequelas em 65,4% dentre as lesões de 2º grau profundo e 75,8% dentre as de 3º grau.

Pode-se inferir pelas análises estatísticas apresentadas, que as queimaduras no público infantil ocorreram no ambiente domiciliar, local em que, na teoria, a criança deveria

estar sob cuidado de um responsável para se evitar acidentes como os que foram citados. Nesse sentido, a orientação feita pelos profissionais de saúde durante as consultas de puericultura pode ser uma alternativa para prevenir essas situações. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, deve haver uma periodicidade de consultas de puericultura na infância, sendo que para as crianças de 0 a 6 meses de idade as consultas devem ser mensais, de 6 a 12 meses devem ser bimestrais, de 12 a 18 meses, trimestrais, de 1 ano e seis meses à 5 anos, semestrais e, por fim, de 5 à 18 anos as consultas podem ser apenas anuais. Durante esse acompanhamento, o puericultor avalia pontos chaves no crescimento e desenvolvimento da criança, como o ganho de peso e altura, a condição alimentar e nutricional, a qualidade do sono, as imunizações preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização, a prevenção de acidentes, dentre outros pontos (SBP, 2020).

Portanto, visto que a prevenção de acidentes deve ser abordada durante as consultas de puericultura, o médico pode orientar quando aos riscos de queimaduras. Em relação aos agentes térmicos, é importante que os responsáveis não segurem e nem manuseiem líquidos quentes com a criança próxima ou no colo, além de sempre verificarem a temperatura da água do banho. Ademais, é importante aconselhar quanto ao preparo dos alimentos, mantendo as crianças longe do fogão para evitar que caiam substâncias quentes sobre elas. Já para prevenir queimaduras por agentes químicos, deve-se orientar os responsáveis para manterem produtos tóxicos, como os de limpeza doméstica, pilhas e baterias, fora da visão e do alcance, bem como em suas embalagens originais.

Por fim, é extremamente relevante alertar sobre a possibilidade de queimaduras por eletricidade, visto que mais de 71% das crianças avaliadas por Bezerra (2020) tiveram esse tipo de lesão. Sendo assim, deve-se propor que os responsáveis coloquem protetores em todas as tomadas do ambiente, mantenham eletrônicos desligados da rede elétrica, deixar fios longe do alcance das crianças e não permitir que elas brinquem com objetos metálicos que possam ser inseridos em tomadas (SBP, 2020).

QUEDAS

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2020), na infância e parte da adolescência, a maioria dos acidentes acontece no local de moradia da criança e no entorno, traumas esses que poderiam ser evitados na grande maioria das vezes e, com medidas simples de prevenção e proteção. No entanto, acontecem em números expressivos e podem deixar sequelas para toda a vida.

Somado a isso, o desenvolvimento neuropsicomotor vai dar à criança maior possibilidade de observação do mundo adulto e a capacidade de tentar imitar o que vê as pessoas fazerem à sua volta. No entanto, a relação de causa e efeito vai se desenvolver

aos poucos, na dependência do que lhe é ensinado e sua capacidade de entendimento e elaboração. Assim, caso a criança pequena suba alguns degraus de uma escada e caia, ela não vai entender que foi seu ato de subir e o seu desequilíbrio que lhe provocou aquela dor (SBP, 2020).

Geralmente, os principais fatores relacionados às ocorrências são as idades, sendo que, quanto mais nova a criança é, maior o risco de ocorrer acidentes; escolaridade da criança e da família, pessoas mais instruídas conseguem realizar uma melhor prevenção; e o ambiente físico da casa, sendo que, casas em mau estado e pequenas tornam-se mais propícias à incidência de ocorrer acidentes (VIEIRA, 2019). Nesse sentido, os fatores de risco para ocorrência de quedas no ambiente doméstico são multifatoriais. Não é apenas a idade ou gênero da criança. Habitação, espaço, piso, tipo e tamanho do mobiliário, membros da família, mães que trabalham e tempo gasto pelas crianças dentro da casa, influenciam sobre a incidência e o padrão de lesões domésticas não intencionais (BRITO et al., 2017).

Ainda segundo Brito et al. (2017) o motivo de o ambiente doméstico ser o de maior risco para acidentes se deve ao maior tempo que as crianças passam no lar, mas também aos fatores ambientais de risco como: pisos molhados, móveis com quinas, vidros, berços sem proteção, camas elevadas e brinquedos espalhados. Uma pesquisa realizada em Fortaleza, Ceará, sobre quedas em crianças verificou que o local de ocorrência das quedas em crianças foi a sala (34,15%), seguido do quarto (24,39%), cozinha (14,63%), banheiro (9,75%), área de serviço (7,32%), quintal (4,88%) e varanda (2,44%). A maioria dos domicílios pode apresentar riscos significativos para ocorrência de quedas, como a presença de escadas sem corrimão de apoio e ausência de portões e barreiras que impeçam o acesso da criança a determinados ambientes (BRITO et al., 2017).

Ainda, um estudo com o propósito de analisar os acidentes em crianças menores de dez anos internadas em Prontos-Socorros Públicos no município de São Luís, Maranhão, verificou-se que as internações por quedas predominaram nas crianças de dois a cinco anos (41,3%) e as regiões do corpo mais atingidas foram os membros superiores (42,2%), membros inferiores (22,9%) e cabeça/face (12,7%) (BRITO et al., 2017).

Sendo assim, a proteção passiva, a fala e a demonstração paciente dos riscos para a criança é que vão dar a ela, com o crescimento, a noção do perigo e da necessidade de proteção. Mesmo assim, a sua impulsividade e o não saber avaliar todas as consequências de seus atos, podem levá-la a se expor a riscos repetidamente. Por isso, a supervisão ativa e de perto do adulto cuidador é sempre necessária (SBP, 2020).

Portanto, o conhecimento da incidência de acidentes, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, é importante para a formulação de programas de prevenção

dirigidos a cada faixa etária. No Brasil, várias ações visando à redução da morbimortalidade por acidentes e violência são recomendadas, entre elas: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar aos acidentados (BARCELOS et al., 2017).

ACIDENTES NO TRÂNSITO

De acordo com Freitas et al. (2018), as causas externas de morbimortalidade correspondem às lesões em virtude de acidentes e de violência e, no Brasil, compreendem o segundo grupo com maiores números de morte, sendo que, a faixa etária dos 5 aos 39 anos ocupa o primeiro lugar. Nesse sentido, segundo dados do Ministério da Saúde, os acidentes no trânsito são a principal causa de morte entre a faixa etária de 0 à 14 anos e, cerca de 6 mil crianças até essa idade morrem e 140 mil são hospitalizadas anualmente no país. Afim de tentar diminuir esses números, em 2008, entrou em vigor a "Lei da Cadeirinha", por meio da Resolução 277 do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), a qual dispôs normas para o transporte seguro de crianças menores de dez anos em veículos, mas os acidentes no trânsito ainda se configuram como um grave problema de saúde pública no Brasil.

As crianças e adolescentes são mais vulneráveis diante de eventos automobilísticos, uma vez que resultam lesões graves, com danos neurológicos permanentes em virtude de traumas cranianos, os quais provocam déficits motores e cognitivos, que causam repercussões ao longo de toda a vida. Um estudo feito em 2017 coletou dados sobre acidentes de trânsito envolvendo a faixa etária de 0 à 19 anos, no período de janeiro à dezembro de 2016, na cidade de São Paulo. Foram notificados 2636 casos de acidentes, sendo que 1579 desse público eram ocupantes de veículos e 990 eram pedestres. Em relação aos ocupantes de veículos, 28,7% eram condutores, sendo que, destes, 24,3% eram menores de 14 anos de idade. Do total de acidentes registrados, 73,2% eram do sexo masculino, sendo predominantes entre as idades de 15 à 19 anos. Em relação ao tipo de lesão, a maioria (577 casos) tiveram traumatismos na cabeça, desde superficiais até fraturas graves (RIZZO et al., 2017).

Outro estudo, feito por Freitas et al. (2018), coletou dados secundários do período de 2001 à 2010 sobre mortes de crianças de 0 à 9 anos de idade por acidente de trânsito ocorridos em Maceió. Foram notificados 77 óbitos na faixa etária de 0 à 9 anos, sendo que, destes, 64,93% corresponderam ao sexo masculino. Contrapondo o estudo anterior, 62,3% dos acidentes envolveram pedestres, com um total de 48 óbitos, predominando ainda o público masculino (32 mortes) e, em se tratando da causa, cerca de 69,3%, com 5 a 9 anos

de idade, foram vítimas de atropelamento. Ao analisar a faixa etária de todos os óbitos ocorridos, aproximadamente 1,30% tinham de 0-28 dias, 11,68% de 28 dias à 2 anos, 48,05% de 2-7 anos e 38,97% de 7-9 anos. Diante dos dados, a partir da idade pré-escolar (2-7 anos), as crianças apresentam uma "janela de vulnerabilidade", pois estão mais ativas quando pedestres e passageiras, estando mais expostas aos acidentes de trânsito.

Ademais, foi feita a análise de todas as mortes por causas externas de crianças de 1 à 9 anos no estado de Minas Gerais, ocorridas no período de 2005 à 2010. Foram elencadas 23 causas externas, obtendo 1533 óbitos no total, sendo que, destes, 80,75% estavam relacionados com acidentes no trânsito. Essas crianças foram vítimas estando, na maioria, como pedestres e como passageiras. Entretanto, as taxas de mortalidade nas idades de 1 à 4 anos foram menores, o que pode ser devido ao uso mais recorrente de dispositivos de retenção para transporte de crianças. Além disso, a raça também foi levada em consideração nesse estudo em questão, sendo observado um número maior de óbitos de crianças brancas, o que foi associado com o aspecto socioeconômico, visto que, proporcionalmente, no Brasil, famílias da raça branca possuem mais acesso à aquisição de automóveis, o que aumenta o risco de acidentes (ROMERO; REZENDE; MARTINS, 2016).

Desta forma, pode-se observar que os acidentes no trânsito envolvendo o público infantil é um problema que precisa ser amenizado. Nesse sentido, durante as consultas de puericultura e as visitas domiciliares, o médico e a equipe de saúde da família podem abordar essa temática com os pais e responsáveis das crianças assistidas pela UBS. É relevante que os profissionais orientem quanto a segurança dentro dos automóveis, a qual deve ser feita da seguinte forma, de acordo com a Resolução 277 do Contran: crianças com até um ano de idade devem ser transportadas no bebê conforto, de um à quatro anos na cadeirinha, de quatro à sete anos e meio no assento de elevação, de sete anos e meio à dez anos com o cinto de segurança, sendo que em ambas as situações elas devem estar no banco traseiro, enquanto que a partir dos dez anos já podem ser transportadas no banco dianteiro, mas sempre com o cinto de segurança.

Além disso, é importante abordar sobre os riscos de atropelamento, orientando aos responsáveis que até os 12 anos a criança não deve andar, seja como pedestre, ou com o uso de bicicletas, patinetes ou skates, desacompanhada de um adulto, pois até essa idade ela ainda não desenvolveu um bom discernimento de perigo e um senso de distância de objetos, principalmente em movimento, como é o caso dos veículos automotores (SBP, 2020).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, o médico possui um papel de suma importância na orientação

quanto à prevenção de acidentes dentro da pediatria. Em relação aos aspectos abordados, cabe ao profissional conscientizar acerca dos riscos existentes ao deixar a criança desacompanhada em ambientes possíveis de afogamento, como banheiras, piscinas, baldes, rios e mares. Somado a isso, ele também deve abordar durante as consultas sobre os perigos de queimaduras, uma vez que a criança está exposta a inúmeras possibilidades de lesões no ambiente domiciliar, como por corrente elétrica, fogos, chamas, fumaça e líquidos quentes, situações que podem ser evitadas caso a criança esteja sob cuidados atentos dos responsáveis devidamente orientados. Além disso, faz-se necessário prevenir as quedas, por ser um tipo de acidente também muito frequente e ocasiona sérios déficits neurológicos em virtude de traumatismos cranioencefálicos.

Por fim, cabe orientar os cuidadores quanto à segurança da criança no trânsito, elencando as diretrizes preconizadas pela "Lei da Cadeirinha", pois essas informações podem ter sido negligenciadas por eles e ocasionar acidentes futuros. Portanto, o médico e sua equipe podem ser agentes de promoção da saúde através da conscientização constante da comunidade, com a finalidade de proporcionar maior segurança para o público infantil, o qual é indefeso e necessita de ser monitorado continuamente.

REFERÊNCIAS

BARCELOS, R.S. et al. Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.33, p.1-12, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/K8RHVbY7pRWd4xMpRk665zG/?lang=pt. Acesso em: 20 abr. 2022.

BELELA-ANACLETO, A. S. C.; MANDETTA, M. A. Prevenção de acidentes na infância: uma convocação da "Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras". **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v.29, set-out. 2016. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000500002&script=sci_arttext. Acesso em: 20 abr. 2022.

BEZERRA, A. F. C. et al. Mortalidade devido a queimaduras em crianças entre zero e quatro anos no Brasil. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 7, p. 43012-43023, jul. 2020. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12590. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRITO, M. A. et al. Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 38, p. 1-9, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6WXnfFy7LDNdDQns6BbCRHC/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO. Resolução n. 277, de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para o transporte de crianças em veículos. **Código de Trânsito Brasileiro**, Brasília, DF, mai. 2008. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=108959. Acesso em: 20 abr. 2022.

FREITAS, P. G. M. et al. Mortalidade de Crianças por Acidente de Trânsito. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade.** Maceió, v. 3, p. 817-830, 2018. Disponível em: https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/download/6235/4393/21994. Acesso em: 20 abr. 2022.

JACOMASSI, L.S.; PAULA, F.P; KAKEHASI, F.M.; MENDONÇA, M.L. Queimadura infantil: primeiros cuidados e como evitá-la. *In*: OBSERVAPED-EIXO: segurança da criança e do adolescente, n.1, 2018. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/observaped/wp-content/uploads/sites/37/2018/10/QUEIMADURA-INFANTIL.-Informativo-1.2018.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

MARTINS, C. B. G; ANDRADE, S. M. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-7, out. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/TWGSCZSxP6k4CJ5qg9Q748t/?lang=pt. Acesso em: 20 abr. 2022.

MESCHIAL, W. C; SALES, C. C; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores de risco e medidas de prevenção das queimaduras infantis: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras.** Goiânia, v.15, p. 267-273, fev. 2017. Disponível em: http://www.rbqueimaduras.com.br/details/325/pt-BR/fatores-de-risco-e-medidas-de-prevencao-das-queimaduras-infantis--revisao-integrativa-da-literatura. Acesso em: 20 abr. 2022.

MORAES, M. G. L. Causas de queimaduras em crianças atendidas em um hospital público de Alagoas. **Revista Brasileira de Queimaduras.** Goiânia, v.17, p.43-49, fev. 2019. Disponível em: http://www.rbqueimaduras.com.br/details/416/pt-BR/causas-de-queimaduras-em-criancas-atendidas-em-um-hospital-publico-de-alagoas. Acesso em: 20 abr. 2022.

OLIVEIRA, D. S; LEONARDI, F. D. Sequelas físicas em pacientes pediátricos que sofreram queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras.** Goiânia, v.11, p. 234-239, dez. 2012. Disponível em: http://www.rbqueimaduras.com.br/details/128/pt-BR/sequelas-fisicas-em-pacientes-pediatricos-que-sofreram-queimaduras#:~:text=A%20partir%20da%20an%C3%A1lise%20de,56%2C3%25%20dos%20casos. Acesso em: 20 abr. 2022.

RIZZO, T. S. et al. Perfil Epidemiológico dos Acidentes de Trânsito entre Crianças e Adolescentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** Santa Catarina, v.46, p.91-102, out-dez. 2017. Disponível em: https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/213. Acesso em: 20 abr. 2022.

ROMERO, H.S.P; REZENDE, E. M.; MARTINS, E. F. Mortalidade por Causas Externas em Crianças de Um a Nove Anos. **Revista Mineira de Enfermagem.** Belo Horizonte, v.20, 1-7 jun. 2016. Disponível: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835267. Acesso em: 20 abr. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de Orientação:** Os acidentes são evitáveis e na maioria das vezes, o perigo está dentro de casa!. Departamento Científico de Segurança. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22337c-ManOrient_-_Os_Acidentes_Sao_Evitaveis__1_.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Nota de Alerta:** Prevenção de queimaduras em tempos de COVID-19. Departamento Científico de Segurança. n.4. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22630b-NA_-_Prevencao_Queimaduras_tempos_Covid19.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

VIEIRA, E. C. G.; DE SOUZA, G. M. P. **Prevalência de Acidentes Domésticos infantis no Brasil**. 2019. 19 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (Uniceplac). Gama- DF, 2019. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/279. Acesso em: 20 abr. 2022.

A FORMAÇÃO DE NOVAS MÉDICAS NO BRASIL E O IMPACTO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Data de aceite: 17/11/2022

Maria Fernanda Londe de Lima
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Ranna Samara Fernandes de Resende
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Maria de Fátima Silva Porto
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

No Brasil do século XIX, o acesso das mulheres à educação era extremamente restrito, uma vez que em 1874 elas não podiam frequentar cursos de nível superior. Por mais que já existisse uma discussão a nível provincial sobre a questão da instrução para o sexo feminino foi apenas com a Lei Leôncio de Carvalho de 1879, que se garantiu o acesso irrestrito ao ensino primário e secundário. A partir da referida lei, as mulheres puderam frequentar a escola, entretanto, tinham acesso apenas ao ensino do que seria útil como futuras senhoras do lar (RAGO, 2015).

Dessa forma, a oposição às mulheres que optavam pela medicina era muito maior do que aquela feita em relação às profissões de menor prestígio como a enfermagem e o magistério, cujas profissões eram consideradas mais femininas e mais apropriadas às mulheres. À época, a medicina era dominada por homens e isso foi um fator propulsor para que elas buscassem seu espaço (RAGO, 2015; CHIN *et al.*, 2020).

Para exemplificar tal contexto, vale citar o caso de Maria Augusta Generoso Estrela, que foi a primeira mulher brasileira a tornar-se médica. Todavia, ela teve que mudar-se para os Estados Unidos para alcançar seu sonho e em 1881 formou-se na "*New York Medical College and Hospital for Women*". Maria Augusta foi a inspiração e a força de muitas mulheres que queriam e sonhavam com a carreira médica. Foi, portanto, uma incentivadora e exemplo

para que outras mulheres lutassem contra o conservadorismo e o machismo da época (RAGO,2015).

> Como pioneira em uma profissão dominada por homens, não surpreende que Maria Augusta defendesse a igualdade em nome de seu próprio sexo. Desta feita, a presença feminina na medicina marca uma era de revolução na educação, como, também, na humanização da assistência médica. (HAHNER, 1981 p.50, *apud* RAGO, 2015 p.203).
>
> No mesmo viés, percebe- se a constatação da citação acima na fala da autora:
>
> Peço a Deus que você esteja aqui, Papai, nessa ocasião, para ser o primeiro a me abraçar e me congratular por ter me tornado a primeira mulher médica brasileira... Depois, eu voltarei ao nosso querido e jamais esquecido Brasil – para curar, de graça, todos os pobres, as pessoas doentes do meu sexo... Jamais, em momento algum, me arrependi de abraçar essa profissão: quanto mais eu estudo, maior é o meu desejo de aprender (HAHNER, 1981 p.50, *apud* RAGO, 2015 p.203).

Hodiernamente, em 2022, contamos com mais de 500 mil médicos e temos uma realidade em que os homens ainda são maioria entre os médicos em atividade no Brasil.

Entretanto, a diferença relacionada ao gênero vem diminuindo ano a ano, como mostram os levantamentos mais recentes do estudo "Demografia Médica do Brasil 2020" feito pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Universidade de São Paulo (USP).

> Os homens ainda são maioria entre os médicos em atividade no Brasil, mas a diferença relacionada a gênero vem diminuindo ano a ano, como mostram os levantamentos mais recentes do estudo Demografia Médica no Brasil. Em 2020, os homens representavam 53,4% da população de médicos e as mulheres, 46,6%. Há cinco anos, na pesquisa de 2015, médicos homens somavam 57,5% do total, e as médicas, 42,5%. Trinta anos atrás, em 1990, as mulheres eram 30,8% (SCHEFFER, M. *et al*., 2020, p.41).

Sob a perspectiva da feminização na medicina a literatura ressalta que as médicas podem ser mais propensas a aderir às diretrizes clínicas e prestar cuidados preventivos com mais frequência. Além disso, usam mais comunicação centrada no paciente, o que confere um atendimento mais humanizado, bem como fornecem mais aconselhamento psicossocial para seus pacientes do que seus pares masculinos (TSUGAWA *et al.,* 2017).

Um estudo canadense de coorte de base populacional apresentou uma comparação entre homens e mulheres na cirurgia, que é uma especialidade majoritariamente masculina. Ele trouxe resultados pós operatórios entre pacientes tratados por cirurgiões do sexo masculino e feminino. O estudo mostrou diferenças pequenas, mas significativas, nas complicações pós-operatórias (mortalidade, complicações e readmissão) entre pacientes tratados por cirurgiões homens e mulheres, sendo que elas obtiveram resultados melhores do que eles (WALLIS *et al*., 2017).

Assim, este capítulo visa trazer ao leitor um panorama geral sobre a inserção da

mulher dentro do mercado de trabalho médico brasileiro, a tendência de feminização da profissão em questão em nosso país e o impacto disso na assistência à saúde. Outrossim, a humanização da medicina é enfatizada, o que impacta diretamente na qualidade da relação médico- paciente, bem como nos resultados alcançados a curto e a longo prazo.

FEMINIZAÇÃO DA MEDICINA NO BRASIL

Gradualmente, o "jaleco branco" abriu-se para um número cada vez maior de mulheres interessadas em seguir a carreira médica. A feminização da Medicina tem sido objeto de diversos estudos que buscam apontar o impacto desse fenômeno nos sistemas de saúde, além de avaliar as desigualdades de gênero. Essas desigualdades podem ser percebidas por meio da remuneração, nos campos de atuação e na ocupação de especialidades. Os dados das pesquisas mostram que a medicina está tornando-se cada vez mais feminina e jovem (SCHEFFER, M. *et al.*, 2020), o que é mostrado na tabela 1.

Enfatiza esse autor que:

> As mulheres somam 46,6 % do total de médicos no Brasil, enquanto os homens somam 53,4 %. Nos grupos mais jovens, as mulheres já são maioria em 2020, sendo que elas representam 58,5% entre os médicos de até 29 anos e são 55,3% na faixa etária de 30 a 34 anos. Já no grupo com idade entre 35 e 39 anos, há um equilíbrio numérico entre os gêneros, com 49,7% de mulheres (Scheffer, M. ***et al.,*** 2020, p. 41).

Faixa etária	Masculino	(%)	Feminino	(%)	Total
≤ 29 anos	31.459	41,5	44.329	58,5	75.788
30 - 34 anos	34.269	44,7	42.320	55,3	76.589
35 - 39 anos	32.985	50,3	32.546	49,7	65.531
40 - 44 anos	27.715	55,4	22.335	44,6	50.050
45 - 49 anos	20.039	52,8	17.929	47,2	37.968
50 - 54 anos	18.498	53,5	16.050	46,5	34.548
55 - 59 anos	19.097	55,5	15.340	44,5	34.437
60 - 64 anos	20.503	59,8	13.760	40,2	34.263
65 - 69 anos	23.417	67,7	11.154	32,3	34.571
≥ 70 anos	27.058	79,0	7.179	21,0	34.237
Total	**255.040**	**53,4**	**222.942**	**46,6**	**477.982**

Tabela 1: distribuição de médicos segundo idade e sexo-Brasil, 2020.

Demografia Médica no Brasil 2020 p.41, tabela 8

Por outro lado, a presença masculina na profissão médica aumenta quanto mais altas são as faixas etárias, haja vista que acima dos 70 anos, a cada dez médicos desse grupo mais idoso, apenas duas são mulheres. Isso demonstra a persistência, em certa medida, de resquícios do patriarcalismo na área médica (SCHEFFER, M. *et al.,* 2020).

Sob a perspectiva das especialidades e as relações de gênero dentro delas, observa-se que a especialidade de "Medicina de Família e Comunidade" é uma das que apresentam grande concentração de mulheres. Por isso, ela traz em evidência barreiras encontradas para se investir e crescer na profissão, tais como as advindas da desigualdade das responsabilizações de cuidado em casa e das particularidades e implicações do ser mulher (ALBUQUERQUE, 2019).

Ainda com relação às especialidades, a realidade das mulheres ao longo da carreira médica é restrita ao considerar-se as 55 áreas existentes dentro da medicina, pois os homens são maioria em 36 especialidades e as mulheres em 19 delas.

> A especialidade com maior número de mulheres é a Dermatologia, correspondente a 77,9% dos especialistas. Ou seja, há mais que três mulheres para cada homem nessa especialidade. Outras especialidades com grandes proporções femininas são: Pediatria (74,4%), Endocrinologia e Metabologia (70,6%) e Alergia e Imunologia (67,4%). O aumento é notável em quatro especialidades: Pediatria, elas são três quartos dos profissionais; em Medicina de Família e Comunidade, são 58,7%; em Ginecologia e Obstetrícia já somam 57,7%; e em Clínica Médica, 53% (SCHEFFER, M. *et al.*, 2020, p.69).
>
> [...]
>
> Entre as especialidades com maior proporção de homens, destaca-se a Urologia, na qual representam 97,7% dos especialistas. Ou seja, há 42,27 urologistas homens para cada urologista mulher. Outras especialidades são fortemente representadas por homens, como Ortopedia e Traumatologia (93,5%), Neurocirurgia (91,2%) e Cirurgia Torácica (89,6%) (SCHEFFER, M. *et al.,* 2020, p.71).

Nesse sentido, os homens predominam nas especialidades cirúrgicas e naquelas que atendem urgência e emergência, como a ortopedia. Estudos indicam que a ideia de que há necessidade de maior força e resistência física, a formação mais demorada, a exigência de maior disponibilidade de tempo e a dificuldade de coordenar práticas profissionais com a vida familiar são os principais motivos que afastam as mulheres de determinadas especialidades, sobretudo as cirúrgicas (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013).

Ademais, é importante ressaltar o aspecto do gênero e sua distribuição por unidade da federação. Nesse sentido, verifica-se que não há homogeneidade e a participação das mulheres vai de 37,7% no Amapá a 51,6% em Alagoas. Rio de Janeiro (50,9%) e Pernambuco (50,2%) são os outros estados onde as mulheres já são mais da metade da força de trabalho médica. Nove estados – seis deles do Norte e Nordeste – têm menos

que 42% de mulheres. Em São Paulo, onde está cerca de um quarto dos médicos do país, 46,5% são mulheres (SCHEFFER, M. *et al.,* 2020).

Embora a feminização da medicina represente uma diminuição da desigualdade de gênero na educação médica, ainda há aspectos sombrios a serem enfrentados. Entre eles estão o preconceito de gênero, a desigualdade salarial, o isolamento profissional, o *bullying*, o assédio sexual e a falta de reconhecimento. Todos eles são desafios que dificultam às mulheres ingressarem na residência, alcançarem cargos de liderança com poder de decisão final e orçamentário e, na medicina acadêmica, dificultam que sejam promovidas. Desta feita, todos esses fatores levam a taxas mais altas de desgaste e esgotamento em mulheres médicas (TSUGAWA *et al.,* 2019).

Do nível micro ao macro, a desvalorização e a invisibilidade atravessam os cenários e interseccionam em casa, no trabalho e dentro do sistema de saúde, nas funções-lugares que essas mulheres ocupam e nos processos e forças que atuam sobre elas. O ser mulher, filha, esposa, mãe, médica, provedora da família se desequilibram construindo a teia de afetos, desejos, frustrações, necessidades, projetos e caminhos que formam a trajetória dessas mulheres. Muitas médicas que priorizam a formação antes da família acabam, às vezes, por não terem filhos, apesar de desejarem e com família menor do que queriam (ALBUQUERQUE, 2019).

Devido às características do exercício profissional das mulheres médicas e a preferência de especialização em determinadas áreas, serão necessários estudos para avaliar os possíveis impactos da feminização da medicina no contexto nacional. Esse contexto é marcado por novos desafios epidemiológicos e demográficos, com o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento da população.

A MULHER, A MEDICINA HUMANIZADA E OS BONS RESULTADOS

Fora do contexto médico, as diferenças no estilo interpessoal das mulheres em relação aos homens estão bem documentadas. As mulheres divulgam mais informações sobre si mesmas na conversa, têm um estilo de comunicação não verbal mais caloroso e engajado, incentivam e facilitam os outros a conversarem com elas de forma mais livre e de maneira mais calorosa e íntima. Há também evidências de que as mulheres se esforçam mais para minimizar seu próprio *status* na tentativa de igualá-lo ao do parceiro, em contraste com a tendência dos homens de afirmar diferenças de *status* (ROTER *et al*., 2002).

Dentro do contexto médico, acontece um reflexo do conteúdo supracitado. As médicas se envolvem em comunicação que se relaciona mais amplamente com o contexto de vida e das condições dos pacientes. Para tanto, abordam questões psicossociais por meio de questionamento e aconselhamento relacionados, maior uso de conversa emocional,

mais positiva e alistamento mais ativo de informações do paciente (ROTER *et al.*, 2002).

Esses elementos compõem um padrão que pode ser amplamente considerado entrevista "centrada no paciente", em que o paciente fala mais globalmente, faz declarações mais positivas, discute mais informações psicossociais e expressa mais construção de parcerias (ROTER *et al.*, 2002).

Sob essa mesma perspectiva, Tsugawa *et al.* (2019) coloca que as médicas podem ser mais propensas a aderir às diretrizes clínicas, prestar cuidados preventivos com mais frequência, ter um desempenho bom ou melhor em exames padronizados do que seus pares do sexo masculino.

Além disso, estudos mostram que as condutas e práticas das mulheres médicas podem conduzir à melhor eficácia das ações preventivas por se adequarem mais facilmente ao funcionamento e à liderança de equipes multidisciplinares de saúde. Isso as levam a otimizar recursos, pois são menos inclinadas a incorporar tecnologias desnecessárias. (SCHEFFER, CASSENOTE, 2013).

Outrossim, atendem mais adequadamente às populações em contextos de vulnerabilidade e respondem a situações que requerem a compreensão de singularidades culturais e das preferências individuais dos pacientes (SCHEFFER, CASSENOTE,2013).

Sob outro aspecto, estudos mais recentes indicam que diferenças potenciais nos padrões de prática entre médicos homens e mulheres podem ter implicações clínicas importantes para os resultados dos pacientes. É o que propõe um estudo americano, no qual se verificou que os pacientes que recebem cuidados de internistas gerais do sexo feminino têm taxas de mortalidade e readmissão em 30 dias mais baixas do que os pacientes atendidos por internistas do sexo masculino. Estima-se que, aproximadamente, 32.000 pacientes a menos morreriam se os médicos conseguissem o mesmo resultado que as médicas todos os anos dentro do Sistema de Saúde *"Medicare"* dos Estados Unidos (TSUGAWA *et al.*, 2019).

Acrescenta-se que, em uma amostra abrangente de pacientes submetidos a uma ampla gama de cirurgias em todas as especialidades relevantes em Ontário, Canadá, encontraram-se pequenas diferenças nos resultados pós-operatórios entre pacientes tratados por cirurgiões do sexo masculino com aqueles tratados por cirurgiões do sexo feminino. Uma taxa significativamente menor de mortalidade em 30 dias foi encontrada entre o segundo grupo em relação ao primeiro. Não se sabe quais as razões dessa diferença de resultados para pacientes tratados por cirurgiãs. Entretanto, há uma relação com a prestação de cuidados mais congruentes com as diretrizes, que estão centrados no paciente e que envolvem comunicação superior conforme Wallis *et al.* (2017). Percebe-se que essa perspectiva corrobora com o pensamento de Tsugawa *et al.* (2019).

Outro ponto levantado pelo estudo canadense é que as mulheres que iniciam a carreira cirúrgica enfrentam barreiras na formação e na prática. A “personalidade cirúrgica”, a cultura cirúrgica e a discriminação com base no sexo, bem como fatores de estilo de vida e carga de trabalho, são impedimentos para as mulheres que querem considerar tal carreira para seguirem. Essas barreiras podem criar um padrão mais alto para as mulheres entrarem para essa especialidade do que os homens, resultando na seleção de uma coorte de mulheres proporcionalmente mais qualificadas, motivadas e trabalhadoras (WALLIS *et al.*, 2017).

Diante disso, mais estudos são necessários para entender como as diferenças na prática médica, perspicácia clínica, habilidades técnicas ou comportamento de risco podem estar subjacentes às diferenças de mortalidade baseadas no sexo que encontramos, com o objetivo de melhorar os resultados para pacientes tratados por médicos de ambos os sexos (WALLIS *et al.*, 2017).

Compreender exatamente por que existem essas diferenças na qualidade do atendimento e nos padrões de prática pode fornecer informações valiosas para melhorar a qualidade do atendimento para todos os pacientes, independentemente de quem presta seus cuidados (TSUGAWA *et al.,* 2019). Por isso, muitos são os estudos que dissertam sobre a importância de a medicina humanizada ser abordada desde o período da graduação dos estudantes de medicina.

Hoje, há uma vasta literatura de educação médica feminista, cujo fundamento principal é o papel da empatia na formação e socialização médica. Em seu trabalho sobre bioética feminista, Rosemarie Tong (1997 *apud* SHARMA *et al*., 2014) argumenta que a empatia, como uma habilidade ensinável, é um componente crucial do cuidado. Porém, é improvável que seja totalmente valorizado até que as chamadas habilidades e virtudes femininas culturalmente associadas sejam igualmente valorizadas e distribuídas igualmente ao longo das linhas de gênero na sociedade (SHARMA *et al*., 2014).

O maior desafio é que, apesar da incorporação de elementos das ciências sociais e humanas na educação médica, a maior parte da educação médica ocidental está firmemente ancorada na biomedicina. Essa, está enraizada na dominação masculina ou no patriarcado e não se refere a um contexto cultural apenas aos homens. Essa educação tem sua origem na forma cultural dominante baseada em um tipo particular de lógica que abrange o heroísmo, o racionalismo, a certeza, o intelecto, a distância, a objetivação e a explicação antes da apreciação (SHARMA, 2014).

Segundo Kuhnen (2014), em meio a uma estrutura patriarcal, o cuidado é uma ética feminina. Em meio a uma estrutura democrática, o cuidado é uma ética humana e totalmente passível de aprendizado.

Dessa forma, no contexto da humanização, é importante considerar que os médicos têm a capacidade de melhorar suas habilidades de comunicação de maneira significativa por meio de autoconsciência, automonitoramento e treinamento. O impacto potencialmente poderoso da reciprocidade do paciente, tanto do estilo de comunicação quanto do afeto na consulta médica, é especialmente importante de reconhecer, pois pode ajudar a criar trocas positivas e neutralizar padrões de interação negativos em espiral (ROTTER, 2002). Além disso, outros estudos que se apropriam de dados clínicos seriam úteis para entender quais padrões de prática dos médicos estão conduzindo às diferenças nos resultados dos pacientes (TSUGAWA *et al.*, 2017).

Portanto, é fundamental que os sistemas de saúde promovam a diversidade da força de trabalho na medicina. É preciso que haja apoio para as médicas em seu desenvolvimento, sucesso de carreira e seu bem-estar desde o início até o final da carreira, a fim de melhorar os padrões de atendimento, diminuir a mortalidade, complicações e internações sucessivas para todos os pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação de novas médicas no Brasil e o impacto na assistência à saúde traz à tona um passado histórico em que o papel feminino era delegado apenas ao cuidado do lar e da família. As mudanças promovidas pela luta das primeiras mulheres médicas que enxergaram sua vocação nesta carreira abriram as portas para as novas gerações.

Todavia, inúmeros são os desafios ainda existentes para que a medicina conte cada vez mais com elas. Nesse sentido, é imperativo que o espaço compartilhado por homens e mulheres seja de maior igualdade de condições de trabalho, oportunidades de crescimento na carreira e ganhos salariais mais equitativos, bem como respeito recíproco.

As evidências dos estudos apontam que a participação feminina na medicina agrega positivamente à assistência, uma vez que o feminino apresenta características que favorecem o cuidado do outro, tais como, a maior facilidade em escuta ativa, visão integrativa do ser humano, bons resultados com relação à adesão dos pacientes às orientações sugeridas, bem como ao tratamento proposto, diminuição das taxas de readmissão hospitalar, diminuição da mortalidade geral, entre outras.

Após o exposto, conclui-se o quanto é importante os inúmeros ganhos e benefícios que a profissão médica feminina oferece e poderá oferecer, ainda mais, com uma presença maior de mulheres médicas nas diversas especialidades. Reforça- se, nessa perspectiva, a necessidade do apoio, do reconhecimento e da valorização para a formação de novas médicas no Brasil, devido ao impacto positivo e extraordinário na assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N. P. Trajetórias de vida, marcadores de diferença e as escolhas, caminhos e permanência de médicas de família e comunidade na estratégia saúde da família. 2019. 79 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva/ Saúde da Família) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.** Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/26970. Acesso em: 13 jun.2022.

CHIN, E. Lo, et al.Women Physicians and the Suffrage Movement. **Rev.The Permanente Journal**, **Perm J 2020;24:20.036.** Disponível em:https://doi.org/10.7812/TPP/20.036. Acesso em: 13 jun.2022.

KUHNEN, T. A. A ética do cuidado como teoria feminista. **Anais Do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, Paraná, 2014, 1–9. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT10_ Tânia Aparecida Kuhnen.pdf. Acesso em: 13 jun.2022.

RAGO, J. E. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. **Cadernos Pagu**, [S. l.], n. 15, p. 199–225, 2015. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635577. Acesso em: 13 jun. 2022.

Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y.Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. 2002. **Journal of the American Medical Association**, 288(6), 756–764. Disponível em:https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756. Acesso em: 13 jun.2022.

SCHEFFER, M. C., & Cassenote, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. 2013São Paulo,.**Rev Bioética,** 21(2), 268–277. Disponível em : https://doi.org/10.1590/s1983-80422013000200010. Acesso em: 13 jun. 2022.

SCHEFFER, M., et al. (org.).**Demografia Médica no Brasil 2020**. 2020. São Paulo. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 13 jun.2022.

WALLIS, Christopher Jd et al**.** Comparação dos resultados pós-operatórios entre pacientes tratados por cirurgiões do sexo masculino e feminino: um estudo de coorte pareado de base populacional.2017. **Rev. The British Medical Journal.**Reino Unido. V.359.n.4366 p. 4366,10. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4366

A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Data de aceite: 17/11/2022

Júllia Cristina Silva
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de MinasUNIPAM, MG-Brasil.

Mateus Lima Resende
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de MinasUNIPAM, MG-Brasil.

Maura Regina Guimarães Rabelo
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

A promoção da saúde é um campo teórico prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delineia-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos do processo saúde-doença, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Neste movimento, os profissionais da saúde devem deslocar seu olhar das doenças e focá-lo nos sujeitos e em suas potências de criação da própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado ao bem-estar. Tornando-se uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde – como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos autônomos e mais resilientes (CAMPOS, 2004).

Na base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e, consequentemente, a impossibilidade de o setor médico responder sozinho à transformação dos determinantes

e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (MS, 2010).

O debate em torno das estratégias de mudança do modelo de atenção saúde no âmbito do SUS tem contemplado, em alguma medida, a preocupação com a necessária adaptação de estratégias que integrem a heterogeneidade estrutural que caracteriza a situação de saúde da população brasileira, especialmente as desigualdades sociais e epidemiológicas que se observam nas diversas regiões do país, sem nunca perder a referência, que são os princípios doutrinários do SUS de universalidade, integralidade e equidade. A análise crítica, a elaboração, e a incorporação de propostas, oriundas do movimento da Promoção da Saúde, ao processo de formulação de políticas, reorganização e de mudança no conteúdo das práticas de saúde no âmbito do SUS, traz consigo uma grande possibilidade de resgate dos ideais da Reforma Sanitária ao tempo em que aponta a possibilidade de uma atualização e renovação das suas propostas originais (TEIXEIRA, 2006).

Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina, principalmente no Brasil, consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. Considerando que proporcionar saúde exprime, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vivida", incorporando a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (BUSS, 2000).

Um bom profissional da área da saúde é aquele capaz de traduzir o inaparente, o indizível em um primeiro contato com o ser doente. Ao compreender que o corpo humano não é um produto genérico isolado, pois existe em relação com outros seres em um dado contexto social, cultural e político, entendem que, para cuidar da pessoa, faz-se necessário considerar questões do vínculo saúde-doença-adoecimento-sociedade e uma formação acadêmica bem estruturada (GAMBA, 2010). Com isso, o debate sobre Promoção da Saúde (BUSS, 2000) insere-se no contexto internacional de busca de alternativas para a crise dos sistemas de serviços de saúde, cujas raízes encontram-se parcialmente estruturadas na reprodução de concepções e práticas cada vez mais insuficientes e inadequadas face das mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais das

sociedades contemporâneas.

BASES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que "a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso", para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

A Constituição Federal Brasileira, de 1988, em seus artigos 194 e 196, ao adotar a Seguridade Social como modelo de proteção social que integra um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, reconhece esta integração como um desafio e legitima os esforços para se alcançar a saúde como direito universal, instituindo um novo paradigma para a sua garantia, quais sejam, a múltipla determinação dos processos de saúde e de doença e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas sociais e com as políticas econômicas (MS, 2002).

A legislação infraconstitucional (Leis 8080/90 e 8142/90) detalhou a forma e os mecanismos para a participação da comunidade na gestão do sistema e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no contexto da integralidade da atenção e da gestão descentralizada das ações e serviços (MS, 2010). Na tabela 1 encontra-se uma breve (e certamente incompleta) cronologia do desenvolvimento do campo da promoção da saúde no mundo e no Brasil, conforme Buss e Ferreira (2000).

Década de 1970	Década de 1980	Década de 1990
Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar.	Redemocratização do país e "movimento sanitário"	Lei Orgânica da Saúde (1990)
Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/ medicina comunitária	VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação social (1985)	Organização dos Conselhos de Saúde RIO 92 e Plano Nacional de Saúde e Ambiente
Conferência Internacional sobre Atenção Primária e Declaração de Alma-Ata	VIII Conferência Nacional de Saúde e Constituição Federal (1988)	Surgimento da revista Promoção da Saúde (Ministério da Saúde) e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999)

Tabela 1: Promoção da Saúde no Brasil – uma breve cronologia

Fonte: Buss; Ferreira, 2000.

Desde 2006, o Ministério da Saúde tem investido na concretização da perspectiva ampliada de saúde, que define o Sistema Único de Saúde (SUS) e está apresentada claramente na Constituição Federal de 1988. Por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e sua integração com os diversos instrumentos de gestão, a Promoção da Saúde assume essa perspectiva e constitui-se como ferramenta importante no planejamento das agendas locais. No Brasil, esse cenário vem ocorrendo em um contexto marcado pela implementação das propostas oriundas do movimento da Reforma Sanitária, especialmente o processo de construção do SUS, pontuado, nas distintas conjunturas que se configuraram nos últimos 15 anos, pela formulação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das áreas e serviços de saúde, em vários níveis de governo (MS, 2010).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde afirmam que os três níveis de gestão do SUS têm quatro atribuições centrais: identificar fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular política de saúde para garantir redução do adoecer, universalidade de acesso e integralidade no cuidado à saúde.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. Entende-se que a promoção da saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (CASTRO, 2010).

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde se realiza na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (MS, 2010).

AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Outro notável desafio perante a promoção de saúde envolve a padronização do ensino médico. Ainda que as contribuições para a construção desta ciência tenham sido datadas a milênios, os esforços para estabelecer parâmetros e diretrizes sobre sua disciplina só veriam grandes ímpetos frente à luz do último do século. Talvez aquele que seria o principal esforço em prol desta causa, o "Relatório Flexner", publicado em 1910 sob o estudo *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* viria a determinar uma base reformista fortemente estruturada na padronização do estudo, na fundamentação científica, bem como na separação entre o ciclo básico e o profissional (PAGLIOSA, 2008).

Como fruto da modernização do ensino prevista pela Reforma Universitária de 1968, as escolas médicas brasileiras aderiram ao modelo flexneriano. Fundamentalmente, a nova formação fomentava a fragmentação dos conhecimentos a serem estudados, corroborando em maiores índices de especialização. Além disso, sua abordagem definia o processo saúde-doença como a síntese de fatores puramente biológicos, sendo ignorados os aspectos políticos e sociais (NOGUEIRA, 2009). Tais características seriam determinantes para a coalizão dos diversos fatores envolvidos no estabelecimento do modelo de atenção biomédico.

> O problema central do modelo biomédico não reside em uma espécie de maldade intrínseca que o caracterizaria, mas no fato de que ele é demasiado restrito no seu poder explicativo, o que implica em óbices importantes para a prática de médicos e pacientes. (BARROS, 2002)

Eram observadas, em âmbito nacional e internacional, reivindicações e movimentos sociais contrapostos a tal modelo de saúde (ROMANO, 2005). No Brasil, o Movimento Sanitário da década de 70 demandava, além da integração da saúde pública com a assistência médica, maior resolutividade desses serviços. A materialização desse esforço contestatório se deu na forma da Associação Brasileira de Educação Médica, que visa, primordialmente, a formação de médicos mais generalistas e sua aproximação ao meio social que os cerca. Sua base ideológica exprimia reflexos de diversas pautas em discussão a nível mundial.

A Declaração de Alma-Ata, redigida em 1978 durante a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, estabeleceu a saúde como um direito fundamental e inalienável de todos os seres humanos. Posteriormente, em 1986, a Carta de Ottawa expandiu o conceito de saúde para além da ausência de um estado patológico, conforme proposto pelo modelo biomédico, ao englobar novos aspectos associados à qualidade de vida (MACHADO, 2018).

Conforme a consolidação formal destes valores sob a Constituição de 1988 e a posterior implementação do Programa de Saúde da Família em 1994, a estrutura curricular do curso de Medicina seria novamente reformulada, visando equiparar as competências do profissional médico formado com as necessidades sociais daquele contexto. Sob a forma das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o novo perfil acadêmico do profissional de saúde estaria fortemente embasado na integração prática-teórica dos conhecimentos, por meio de uma abordagem capaz de fomentar a participação ativa do aluno em tais processos, consoante ao Artigo 12 da Resolução Nº4 das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina:

> [A estrutura do Curso de Graduação em Medicina] deve propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato. (CNE/CES, 4/2001)

A reestruturação curricular dos profissionais de saúde envolveria, portanto, mudanças sobre o próprio sistema de ensino. A implementação de metodologias ativas de aprendizado, caracterizadas pela resolução de problemas por meio da articulação entre os campos profissional e acadêmico, bem como o desenvolvimento de conhecimentos transversais por meio da atuação em equipes, determinariam uma forte alternativa em prol da desconstrução do paradigma acadêmico tradicional, pautado na inflexibilidade das interações entre mestre e aluno.

A metodologia ativa mais amplamente utilizada em cursos de Medicina, a Aprendizagem Baseada em Problemas ou PBL (*Problem Based Learning*) tem suas origens datadas do final da década de 1960. Na Escola de Medicina de McMaster, no Canadá, decorrente de um anseio comum a diversos médicos e do esforço comandado por John Evans, materializou-se a iniciativa de transformar a forma como os desafios clínicos seriam integrados ao processo de construção do conhecimento, estimulando o raciocínio crítico e a formulação de hipóteses pelo aluno. Inicialmente, tal metodologia estava centrada em 3 processos contínuos e quase simultâneos, aplicados em pequenos grupos de alunos (grupo tutorial) direcionados por um orientador:

1) O contato com novas informações, sendo estas confirmadas ou contestadas conforme o conhecimento prévio do aluno;

2) A transformação dos conhecimentos prévios diante de novas informações;

3) Avaliação das proposições elaboradas.

Torna-se essencial a ideia de que todos os estágios para a consolidação da

aprendizagem envolveriam a competência do orientador que seria responsável pela manutenção do foco e interesse dos alunos em busca das informações em um tempo dedicado ao estudo autodirigido (BOROCHOVICIUS, 2014).

Na década de 1970, o PBL seria introduzido na Universidade de Maastricht, na Holanda. Apesar de fundamentar-se sob os mesmos princípios ideológicos, a implementação do PBL nesta universidade envolveu diversos processos de adequação, tanto quanto à grade curricular, disposta em diferentes módulos temáticos, como a uma base estudantil diferente (SERVANT-MIKLOS, 2019). A nova dinâmica tutorial envolveria 7 passos para a consolidação do aprendizado:

1. Esclarecimento de termos desconhecidos por meio de conhecimentos prévios ou do uso de dicionário;
2. Identificação do problema-chave;
3. Discussão do problema viabilizada pelos conhecimentos prévios;
4. Enumeração de hipóteses, síntese da discussão;
5. Formulação de objetivos de aprendizagem;
6. Estudo individual;
7. Avaliação e consolidação dos conhecimentos abordados.

Além disso, a efetividade da metodologia seria analisada desde o princípio através de estudos e avaliações educacionais, contribuindo com a efetividade do aprendizado, bem como para a consolidação das bases da internacionalização do PBL (SERVANT-MIKLOS, 2019).

No Brasil, o PBL seria implementado inicialmente em 1993 na Escola de Saúde Pública do Ceará, na Faculdade de Medicina de Marília em 1997 e no Curso de Ciências Médicas da Universidade de Londrina em 1998 (BOROCHOVICIUS, 2014). Em luz das duas últimas décadas, a formação médica sofreu diversas transformações no Brasil, ora em função das competências exigidas desse profissional pela sociedade, ora pela efetividade dos processos de aprendizado. A implementação de metodologias capazes de despertar o raciocínio crítico e autônomo do aluno, além fortalecer a formação ética e humanística, solidifica a base para tais mudanças.

CONCLUSÃO

Conforme o Ministério da Saúde (2010), a política de saúde implementada no Brasil, a partir das reivindicações sociais concomitantes ao processo de redemocratização e formalizada através Constituição de 1988, tem em sua estrutura elementos para o

desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Nessa perspectiva, constata-se que os princípios de universalidade, integralidade e equidade, bem como as diretrizes que qualificam o Sistema Único de Saúde, desempenham um papel catalisador para o desenvolvimento dessa estratégia no território nacional. Contudo, a promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços públicos e construir sua complexidade e singularidade social, de modo a superar práticas insuficientes oriundas de um processo de transformações epidemiológicas e demográficas.

Afirma-se, portanto, que a saúde pública engloba um mecanismo dinâmico de reconhecimento, estudo e adaptação conforme as necessidades da população dependente de tais serviços. Também é possível associar grande papel dos estudos e diretrizes cientificamente relevantes e consolidadas em âmbito internacional no direcionamento das políticas nacionais em saúde. Como síntese vital desses fatores, desenvolve-se uma abordagem simultaneamente dotada de especificidade e resolutividade, em que o profissional de saúde se torna um agente social em prol do paciente.

Nesse sentido, a formação de médicos comprometidos com o meio comunitário no qual estão inseridos demonstra-se como um importante instrumento em prol de maior amplitude das políticas públicas em saúde. Além disso, a consolidação de uma grade curricular fluida, embasada no discente como produtor dos conhecimentos, possibilita a ampliação do leque de habilidades desenvolvidas por este.

REFERÊNCIAS

BARROS, José Augusto C.. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002.

BOROCHOVICIUS, Eli; TORTELLA, Jussara Cristina Barboza. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio**: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, [S.L.], v. 22, n. 83, p. 263-294, jun. 2014.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

BUSS, P.M.; Ferreira, J.R.F. Local integrated and sustainable development as a strategy for “radical health promotion” in Brazil. **Promotion & Education**, 7(4): 25-28, 2000.

CAMPOS, G. W. et al. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004.

CASTRO, A.M. Extensão para gestores do SUS em Promoção da Saúde. **Ministério da Saúde**. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [*S. l.*], 2001.

CZERESNIA, D.; Freitas, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências [online] 2nd rev. and enl Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2009.

GAMBA, M.A. et al. **Processo Saúde-Doença**. Mimeografado, 2010.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 66-73, dez. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2002.

MINISTÉRIOS DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 262-270, jun. 2009.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

ROMANO, Valéria Ferreira. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 244-246, mar. 2005.

SERVANT-MIKLOS, Virginie F.C.. A Revolution in its Own Right: how maastricht university reinvented problem-based learning. **Health Professions Education**, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 283-293, dez. 2019. Elsevier BV.

TEIXEIRA, C.F. et al. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. **Sala de aula series**, nº3. ISBN 85-232-0400-8.

A FORMAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA E OS DESAFIOS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DA MULHER: PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Data de aceite: 17/11/2022

Samantha Stephany Silva Martins
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, MG-Brasil.

Johnathan Camargo Borges Lima
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, MG-Brasil.

Flávio Rocha Gil
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Karine Cristine de Almeida
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

No decorrer dos anos ocorreu um grande avanço médico e hospitalar, mas o amparo ao acesso das gestantes à uma saúde de qualidade continua sendo um tema importante, tendo em vista a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país. O Ministério da Saúde considera que o direito à um atendimento digno e humanizado da mulher deve ser segurado, por isso instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento tencionando uma maior cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (FERNANDES; SANTOS; ARAUJO, 2016).

Apesar da importância que o cuidado humanizado no pré-natal acarreta para um nascimento saudável, as manifestações governamentais para uma maior qualidade assistencial, na prática, não têm obtido resultados efetivos. Isso se deve ao fato de que, apesar dos debates envolvendo a violência obstétrica terem alcançado grande destaque social, reconhecendo a autonomia da mulher e a resistência à violência, as outras etapas anteriores ao parto não alcançaram a mesma ênfase, mesmo sendo o ponto de partida para um nascimento sadio, humanizado e sem complicações

(ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a humanização engloba, principalmente, dois tópicos essenciais: (1) o exercício de uma postura ética e humanizada pelos profissionais, tendo em vista que é dever das unidades de saúde o acolhimento e a sustentação do vínculo com a mulher, seus familiares e o recém-nascido, e (2) a adoção de medidas durante o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto que sejam benéficas para a paciente e o recém-nascido, resguardando-os de procedimentos desnecessários que possam desencadear riscos à saúde de ambos.

Assim, visto que a formação médica evolui diariamente em busca de um melhor atendimento à saúde das pessoas, é indispensável uma conduta clínica focada na humanização nas diversas etapas dos acompanhamentos pré-natal e pós-natal. Com isso, cabe ao profissional executar uma educação continuada em saúde abordando aspectos relacionados ao pré-natal adequado, a influência dos hábitos de vida na gestação, a paternidade ativa e a redução do medo do parto. Além disso, a promoção de saúde deve incluir o parto humanizado relacionando-o com o “golden hour”, o aleitamento materno e o contato pele a pele entre o binômio mãe e bebê.

1 | PRÉ NATAL HUMANIZADO

A adoção de um cuidado médico humanizado durante o processo de pré-natal e nascimento, visando garantir o exercício da cidadania feminina sempre foi um grande desafio, pois a maternidade era enxergada de maneira opressora, ainda que fosse uma escolha consciente da mulher. Entretanto, a luta feminina na busca pela autonomia, equidade na atenção à saúde da mulher conquistou grande visibilidade e mobilização, conferindo uma maior humanização no parto, não sendo observada a mesma preocupação em relação as outras etapas do nascimento, como o pré-natal (período de pré-concepção até o de pós-parto) (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

No entanto, a humanização durante o pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, visto sua importância para a diminuição da morbimortalidade materno-fetal, das complicações no parto e para a experimentação de todo o processo da maternidade de forma segura tanto para a mãe quanto para o futuro bebê. Mas, ainda existem barreiras na efetivação desse cuidado, sendo umas delas a falta de aproximação da equipe multidisciplinar com a mulher, gerando consultas pré-natais rápidas, técnicas, sem um plano de ação conjunto e partilha de conhecimento e experiências, além da ênfase dada somente em protocolos pré-estabelecidos como aferições e medidas (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Sendo assim, a definição de “humanização” ainda é um conceito complexo que

gera diferentes interpretações, sendo elas a qualidade da assistência; democratização das relações de poder; “desmedicalização” da atenção; valorização dos profissionais; resistência à violência e às intervenções ou reconhecimento dos direitos e do protagonismo do ser humano (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). Então quando falamos de nascimento humanizado a maioria das pessoas associam erroneamente com parto normal, mas a humanização não tem vínculo somente com a via que o bebê virá ao mundo, e sim com o respeito tido com a fisiologia da mãe e do neonato, assim como com a assistência que a mulher recebe desde o acompanhamento da sua gestação, do seu parto e do pós-parto. Existem partos normais nada humanizados e cesáreas humanizadas, tudo depende de como cada procedimento foi conduzido e sempre com foco no respeito às vontades e limitações de cada gestante, além de respeitar qual a melhor posição para o parto com base na posição que a grávida se sente mais confortável, diminuir a luz do ambiente no momento do nascimento, promover o contato pele a pele e a amamentação logo após o parto e respeitar o desejo que a grávida tem de quem deve acompanhá-la nesse momento.

Toques vaginais desnecessários, uso de medicamentos para acelerar o trabalho de parto e a episiotomia são exemplos de como o parto normal pode não ser humanizado quando esses procedimentos não são explicados e autorizados pela gestante, visto que a responsabilidade e decisões devem ser compartilhadas. Assim, o caminho para enfrentar os desafios na promoção de saúde da mulher de maneira humanizada é por meio do conhecimento, sendo papel do médico que acompanha a paciente orientá-la da melhor forma, tirando sempre todas as suas dúvidas, explicando cada processo, e concedendo a ela as rédeas para que conduza esse momento tão especial para sua vida, pois com conhecimento, a mulher pode ter acesso ao nascimento humanizado como sempre sonhou. Por isso, o Ministério da Saúde elaborou a Política de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) em busca da garantia dos direitos da mulher durante o processo de maternidade, descentralizando a figura profissional médica para que a gestante seja a protagonista antes, durante e após o parto (FERNANDES; SANTOS; ARAUJO, 2016).

2 | INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS DE VIDA E DA PATERNIDADE ATIVA NA GESTAÇÃO

Durante a gravidez a mulher passa por diversas modificações físicas, hormonais, fisiológicas, psicológicas e sexuais. A assistência médica humanizada deve adotar uma abordagem ampla durante o pré-natal, assim, a ausência de auxílio envolvendo questões relativas às práticas sexuais, pode despertar insegurança e receio nas gestantes e em seu(a) companheiro(a), por medo do aborto ou de prejudicar o bebê, devendo portanto, serem orientados de que o sexo não é perigoso, desde que a gravidez esteja evoluindo

normalmente e não haja nenhuma contraindicação. Então, o profissional de saúde deve dar destaque a esse tema, visando esclarecer dúvidas, diminuir as inseguranças, aconselhar sobre as posições sexuais mais confortáveis em cada período gestacional e interromper a propagação de mitos, corroborando para um maior desejo sexual na gestante ao desapegar-se do sentimento de medo (FERNÁNDEZ-SOLA et al., 2018).

Os hábitos alimentares de cada indivíduo, por sua vez, são influenciados por práticas, comportamentos, tabus, crenças, de modo a relacionar com aspectos culturais, socioeconômicos, antropológicos e psicológicos. Desse modo, em gestantes, as alterações normais dessa fase podem refletir nas escolhas alimentares e, além disso, há a influência de crenças, familiares, biomédicos ou outros fatores que poderão alterar os hábitos alimentares. Com isso, as gestantes devem se basear nas recomendações dos guias alimentares, com ingesta de alimentos variados, a fim de garantir o bem-estar e alcançar as necessidades energéticas e nutricionais. Portanto, cabe à assistência ao pré-natal, a orientação acerca dos alimentos adequados, como legumes, saladas, frutas, cereais, peixe e carne não processada que reduzem a predisposição à alto nível de ansiedade, enquanto que alimentos inadequados, como bebidas açucaradas, carne processada e lanches ricos em sódio, predispõem à pré-eclâmpsia (GOMES *et al*., 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o acompanhamento pré-natal é definido como um momento indispensável para o estreitamento do vínculo entre a equipe de saúde e a gestante, tendo em vista seu poder de rastreio do uso de álcool e outras drogas durante a gravidez. O envolvimento com drogas é um fator que vulnerabiliza a experiência da maternidade, mas esse estado não é permanente, podendo ser minimizado ou revertido. Sendo assim, em casos de identificação de dependência, a atuação dos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal deve ser pautada na redução de danos, minimizando problemas de saúde, físicos, mentais e sociais relacionados ao uso de drogas. Uma das formas de favorecer a cessação ou diminuição desse consumo é orientá-la sobre os malefícios que esse uso pode ocasionar, além de empoderar a gestante, para que ela se veja como alguém essencial no desfecho saudável da gestação (MARANGONI *et al*., 2022).

Outro fator que merece atenção pela parte médica é a inclusão paterna durante o acompanhamento do pré-natal. Historicamente, o papel dos homens na criação dos filhos era considerado um ato secundário ou, até mesmo, desnecessário, mas com o decorrer do tempo a paternidade tem sido vista de maneira mais afetuosa, com maior participação durante a gravidez, no nascimento, no cuidado e na educação dos filhos. Apesar desse amadurecimento no conhecimento, alguns profissionais da saúde exercem um acompanhamento pré-natal voltado somente para a mulher, deixando o companheiro esquecido, o que corrobora para a interrupção na construção da identidade paterna. Essa

inclusão dos pais no processo funciona como uma intervenção precoce para a família pois amplia o apoio recebido pela gestante e pelo bebê, aumenta a participação do pai nos cuidados infantis no pós-parto, intensifica a presença paterna na educação dos filhos e melhora o bem-estar social da família, culminando na redução dos custos financeiros para os serviços de saúde a longo prazo (SILVA; PINTO; MARTINS, 2021).

3 I MEDO DO PARTO

As fases de gestação, parto e puerpério são períodos únicos na vida de uma mulher, sendo constantemente marcadas por muitas dúvidas e expectativas. Apesar de o parto ser um processo natural do corpo humano, ainda há muitas mulheres que associam esse momento à dor, sofrimento e vários medos. Desse modo, o medo do parto é frequente nas gestantes, principalmente no último trimestre, nas quais estão sujeitas a um temor debilitante, que interfere nas atividades domésticas, ocupacionais e sociais, com a possibilidade de agravamento para uma tocofobia (FERREIRA DE MELLO et al., 2021).

As causas do medo do parto se devem a diversos fatores, tanto culturais quanto uma assistência inadequada dos profissionais da saúde e até mesmo o medo da dor do parto. Tais fatores são agravados pela mídia, internet e outros meios de comunicação, nos quais veiculam uma idealização dos meios de parir. Desse modo, há a disseminação da visão de que o nascimento via operação cesariana é perfeita, sem riscos, passando uma imagem de uma mãe sorridente com seu filho (TRAVANCAS; VARGENS, 2020).

Dentre as causas, o medo da dor é a mais frequente, gerando ansiedade, insegurança e incertezas sobre o parto, pelo receio de complicações, uso de procedimentos invasivos ou uso do fórceps, o que causa uma maior escolha pela operação cesárea de forma eletiva e sem indicação médica (FERREIRA DE MELLO *et al.*, 2021; TRAVANCAS; VARGENS, 2020). Além disso, a cultura está baseada na tecnocracia e na medicalização, tendo o médico ,como o responsável pelo nascimento, o que gerou uma perca na autonomia da mulher sobre seu corpo, se sentindo sem confiança ou incapaz de conceber seu filho (TRAVANCAS; VARGENS, 2020). Outro fator agravante para o medo do parto está no aparecimento da doença COVID-19, na qual surgiu em 31 de dezembro de 2019, e levou à proibição ou controle da presença de acompanhantes, visitantes, doulas e também ao maior uso de intervenções e critérios para o contato pele a pele e para a amamentação durante a pandemia (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020).

Portanto, é essencial o uso da prática humanizada na formação médica, visando um melhor acompanhamento pré-natal, perinatal e pós-natal e contribuindo para a redução do medo do parto. Dessa forma, o profissional da saúde pode utilizar de seu papel de educador e promotor da saúde com palestras de orientação educacional sobre o parto,

preparando psicologicamente e fornecendo apoio com uma escuta ativa às demandas da gestante (TRAVANCAS; VARGENS, 2020). Além disso, como forma de minimizar a dor e ajudar no parto, mulheres relataram em uma pesquisa realizada por Paul (2017) que o uso de técnicas de locomoção, banho de aspersão, meditação, apoio do acompanhante e massagem contribuíram na diminuição do medo, ansiedade e aumentaram a satisfação com o parto (TRAVANCAS; VARGENS, 2020). Com isso, há uma melhor consolidação dos preceitos de uma formação médica mais humanizada, com garantia de benefícios para a gestante.

4 I PARTO HUMANIZADO: ALEITAMENTO MATERNO, CONTATO PELE A PELE E *GOLDEN HOUR*

Um dos desafios na promoção de saúde da mulher é a falta de incentivo médico para que ocorra o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, o que impede a obtenção de inúmeros benefícios, pois ao realizar a sucção da mama o recém-nascido estimula a produção de ocitocina pelo hipotálamo. A ocitocina é um hormônio que promove a contração uterina, diminuindo a perda de sangue pela mãe após o parto e, assim, acaba reduzindo os riscos de desenvolvimento de hemorragia, anemia e outras complicações. A ocitocina também atua acelerando a dequitação placentária e ajudando na liberação do leite materno (RAMIRO *et al*., 2021). A amamentação, por sua vez, foi vista pelas puérperas como um ato essencial para a saúde da criança, que proporciona o estreitamento do vínculo afetivo, transparece amor e felicidade. Porém, as nutrizes excluíram os benefícios que esta prática proporciona para a sua própria saúde (PEREIRA et al., 2017), apesar do aleitamento ser benéfico tanto para a criança, quanto para a mãe, pois quanto maior o tempo de amamentação, menor será a incidência de Diabetes Mellitus tipo I e II, câncer de mama, câncer de ovário (devido à supressão da ovulação), câncer de endométrio, osteoporose, doenças cardíacas, artrite reumatoide e depressão pós-parto (SILVA *et al*., 2020; the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEFMOTA, 2017).

O ato de amamentar na primeira hora de vida do bebê estimula o contato pele a pele, o vínculo mãe-bebê, o processo de transferência de calor da mãe para o neonato, ativação da percepção do recém-nascido de que ele não está sozinho, ocorrência da transmissão de anticorpos que irá servir como uma imunidade inicial para o bebê. Entretanto, alguns fatores interferem na concretização da *golden hour,* ou hora dourada (humanização da primeira hora de vida do bebê), como o acompanhamento inadequada do pré-natal, o número de profissionais insuficientes, além da falta de qualificação da equipe multidisciplinar e a desinformação da gestante sobre os seus direitos (RAMIRO *et al*., 2021).

REFERÊNCIAS

FERNANDES, Heliane; SANTOS, Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO AO PRÉ-NATAL E PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA HUMANIZATION THE POLICIES PRENATAL AND CHILDBIRTH: A LITERATURE REVIEW. **Artigo Revista Científica FacMais**, *[S. l.]*, 2016.

FERNÁNDEZ-SOLA, Cayetano; HUANCARA-KANA, Denisse; GRANERO-MOLINA, José; CARMONA-SAMPER, Esther; DEL MAR LÓPEZ-RODRÍGUEZ, María; MANUEL HERNÁNDEZ-PADILLA, José. Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers Sexualidad durante todas las fases del embarazo: experiencia de gestantes Autor correspondente Art. **Acta Paul Enferm**, *[S. l.]*, v. 31, n. 3, p. 305–317, 2018. DOI: 10.1590/1982.

FERREIRA DE MELLO, Rafaela Saragiotto; FLORIANO DE TOLEDO, Sérgio; MENDES, Anderson Benegas; MELARATO, Carolina Ribeiro; FERREIRA DE MELLO, Danilo Saragiotto. Medo do parto em gestantes Fear of childbirth among pregnant women. *In*: **Femina**. [s.l: s.n.]. v. 49p. 121–128. Disponível em: http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/gxs8n. Acesso em: 4 jun. 2022.

GOMES, Caroline de Barros; VASCONCELOS, Letícia Garcia; CINTRA, Renata Maria Galvão de Campos; DIAS, Luiza Cristina Godim Domingues; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, *[S. l.]*, v. 24, n. 6, p. 2293–2306, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.14702017. Disponível em: https://orcid.org/0000-0002-9576-4251. Acesso em: 8 jun. 2022.

MARANGONI, Sônia Regina; GAVIOLI, Aroldo; DIAS, Lashayane Eohanne; HADDAD, Maria do Carmo Fernandes Lourenço; ASSIS, Fátima Büchele; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix De. VULNERABILIDADE DE GESTANTES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. **Texto & Contexto - Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 31, 2022. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0266PT.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, *[S. l.]*, v. 2, n. 1, p. 69–71, 2002. DOI: 10.1590/s1519-38292002000100011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 abr. 2022.

MOTA, Helena Cristina Marques. **A importância da amamentação e o que pode ainda ser feito para a promover The importance of breastfeeding and what can still be done to promote it**. 2017. *[S. l.]*, 2017.

PEREIRA, Rayra; SANTOS, Buriti; TEIXEIRA ARAÚJO, Rosália; TEIXEIRA, Marizete Argolo; RIBEIRO, Vívian Mara; LOPES, Alana Silva; ARAUJO, Vanessa Matos. Importância do colostro para a saúde do recém-nascido: percepção das puérperas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, *[S. l.]*, v. 11, n. 9, p. 3516–3522, 2017. DOI: 10.5205/1981-8963-V11I9A234481P3516-3522-2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234481.

RAMIRO, Nathalia Cristina Machado Prado; PEREIRA, Mariana de Souza; DE SOUZA, Rafaela Silva; CHAPARIN, Bianca Regina de Michelli; NAVARRO, Bruna Vitória Aguiar; AVER, Luciane Andrea. Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida. **Global Clinical Research Journal**, *[S. l.]*, v. 1, n. 1, p. e7--e7, 2021. DOI: 10.5935/2763-8847.20210007. Disponível em: https://globalclinicalresearchj.com/index.php/globclinres/article/view/14.

SILVA, Catarina; PINTO, Cândida; MARTINS, Cristina. Transition to fatherhood in the prenatal period: a qualitative study. **Ciência & Saúde Coletiva**, *[S. l.]*, v. 26, n. 2, p. 465–474, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021262.41072020.

SILVA, Denysario Itamyra Soares; BARBOSA, Agla de Lourdes de Oliveira; SANTANA, Alicia Lins; SANTOS, Rebeca Viviane Cordeiro Dos; SOUZA, Vitoria Clara Gomes Brito De; FARIAS, João Victor Cordeiro; FARIAS, Isabela Cristina Cordeiro. A importância do aleitamento materno na imunidade do recém-nascido. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 9, n. 7, p. e664974629, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4629.

SOUTO, Sandra Patrícia Arantes Do; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori De; PRATA, Ana Paula. O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 73, p. e20200551, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0551. Disponível em: http://www.scielo.br/j/reben/a/n335kgkbtL7mhFQfnfYHy9K/?lang=pt. Acesso em: 4 jun. 2022.

TRAVANCAS, Luciana Jares; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, *[S. l.]*, v. 10, p. e96–e96, 2020. DOI: 10.5902/2179769241385. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41385/html. Acesso em: 4 jun. 2022.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências Humane prenatal care: beyond convergences and divergences. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, *[S. l.]*, v. 10, n. 3, p. 359–367, 2010.

ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 17/11/2022

Caroline Mundim Tana
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG Brasil.

Fernanda Sousa Simões
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG Brasil.

Kelen Cristina Estavanate de Castro
Docente no Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG-Brasil

Nos últimos anos, observa-se uma maior preocupação com a qualidade de vida da população e, por consequência disso, o tempo de vida da população idosa tem crescido. Vale ressaltar que, de acordo com a legislação brasileira, é considerada idosa a pessoa que tenha 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2021). Há diversos programas e orientações relacionados a prevenção de doenças mais comuns na terceira idade, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Porém, um assunto que ainda é muito negligenciado, seja por parte dos órgãos públicos ou da própria família, é a sexualidade do idoso.

Segundo Uchôa *et al.* (2016), envelhecer não significa tornar-se assexuado, porém, mitos e tabus da nossa própria cultura reprimem a vida sexual dos idosos. A visão de sexo por prazer sendo algo perverso é algo presente na maioria das religiões e famílias. Dessarte, isso também implica ao idoso uma impressão distorcida de sua própria sexualidade, levando-o a reprimi-la e se inibindo de exercer a própria vida de forma completa.

Além disso, a atual geração de idosos teve uma criação diferente, na qual eram reprimidos se demonstrassem algum interesse por sexualidade, eliminando assim o diálogo entre pais e filhos para conversar sobre o assunto (ZANCO *et al*, 2020). Consequentemente, isso reforça o incômodo presente na abordagem desse tema que acaba sendo deixado de lado por causar um mal-estar.

É comum a noção de “sexo como segredo”, sendo que em muitas famílias não se fala sobre algo tão comum que é a vida sexual. Os idosos foram educados com um código de moral e ética social muito rígidos, por isso, dúvidas e inseguranças permanecem a respeito da sexualidade. Como esse é um processo normal, e ainda há a questão dos obstáculos impostos pela família e do próprio idoso, é preciso que esse assunto seja abordado no contexto médico. Levando em consideração o que Maeyama *et al.* (2020) afirma, um grande desafio na atenção básica relacionado à terceira idade, é conseguir contribuir para que esse grupo possa redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível.

Por outro lado, o profissional de saúde nem sempre está preparado para lidar com essas questões, pois esses tabus presentes na sociedade por vezes o afetam, por isso é necessário que médicos e enfermeiros estejam abertos e qualificados para abordar a sexualidade. Assim, os profissionais de saúde devem ser isentos de preconceitos, falar diretamente sobre o assunto, responder a todas as questões, sem constrangimentos, mostrar que querem e precisam discutir o tema e dados científicos sobre alguns assuntos (VIEIRA *et al*., 2016).

Esse preparo do profissional é importante porque, com enfoque em outro ponto a ser ressaltado, o idoso precisa conhecer as mudanças fisiológicas naturais que acometem o organismo humano. Segundo Uchôa *et al* (2016), disfunção erétil nos homens e disfunção sexual nas mulheres são algumas das mudanças mais comuns presentes na terceira idade. Esses problemas podem acarretar a redução da libido e lubrificação, que por consequência irão afetar a vida sexual do idoso. Ter noção das mudanças que irão ocorrer no organismo com o envelhecimento é essencial para que a qualidade de vida seja mantida, pois é preciso haver mudanças nos comportamentos do idoso. Sendo assim, discorrer sobre a sexualidade é algo de extrema importância e que está diretamente relacionado a bons hábitos de saúde.

Além do tabu e da falta de informações que envolvem a esfera da sexualidade na terceira idade, ainda há a questão de a população idosa encontrar-se propensa a desenvolver Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que seriam facilmente evitadas caso houvesse uma boa comunicação entre família, Unidade Básica de Saúde e idosos. Diante disso, é notório que o idoso precisa receber orientações e ter a abertura e a oportunidade de conversar sobre a sexualidade com alguém. De acordo com Vieira *et al.* (2016), mesmo que o profissional de saúde possa se sentir envergonhado em fazer perguntas de âmbito sexual para os integrantes da terceira idade ou o próprio idoso ficar envergonhado e não ter coragem de fazer tais perguntas, é preciso que esse assunto seja abordado para evitar possíveis doenças e comportamentos de risco, além de garantir uma

qualidade de vida ainda maior.

Perante o exposto, este capítulo tem como objetivo descrever sobre como é feita a abordagem da sexualidade na terceira idade na atenção básica, a impressão do idoso sobre o tema e a abordagem profissional, ressaltando a necessidade de informar sobre o uso de preservativos para evitar doenças como HIV, destacando os principais pontos do que foi exposto anteriormente.

IMPRESSÃO DOS IDOSOS QUANTO A SEXUALIDADE

A sexualidade pode ser definida como uma expressão individual que não desaparece com o decorrer do tempo, acompanhando o indivíduo ao longo da vida, correlacionando-se em uma comunicação de pensamentos, autoestima e desejos (SOUZA *et al.* 2019). Assim, é possível ressaltar a importância que a sexualidade carrega em qualquer fase, incluindo a terceira idade, já que, mesmo ao se considerar o passar dos anos, características como a libido, a excitação sexual e as trocas de amor e carinho ainda despertam prazer e sensação de bem-estar (PEIXER *et al.* 2015).

No entanto, ainda que se trate de um tema universal, a sexualidade não recebe o devido destaque na abordagem à saúde do idoso, por negligência do profissional ou tabu do próprio paciente. Em uma exemplificação quanto à perspectiva histórica, conforme relatado por Del Priore (2011), na década de 1935, o médico Sebastião Macarenhas Barroso publicou o livro "Educação sexual, guia para pais e professores, o que precisam saber, como devem ensinar", no qual posicionou-se da seguinte forma:

> Evitar atos errôneos e inconvenientes à saúde e à moral até os 12 anos; dos 12 aos 18 dever-se-iam evitar vícios e aberrações da genitalidade, assim como doenças sexualmente transmissíveis (DST), e observar regras de eugenia na união dos procriadores; e para os velhos, a abstinência sexual.

Dessa forma, por reflexões como esta, nota-se o enraizamento da hesitação e preconceito ao se relatar atividade sexual acima dos 60 anos de idade. Em uma pesquisa realizada por SOUZA *et al.* (2019), em 39 entrevistas com idosas entre 60 e 79 anos, há relatos de que as entrevistadas se sentem reprimidas pela sociedade e se envergonham ao abordar a própria sexualidade, muitas vezes suprimindo dúvidas e curiosidades sobre o tema.

Atrelado ao preconceito social, há a reação individual às mudanças físicas que essa fase da vida carrega. Dessarte, nas mulheres há a redução do estrogênio na menopausa e diminuição da lubrificação vaginal, já nos homens há uma possível dificuldade de conseguir uma ereção, o que poderia acarretar o desenvolvimento de questões de autoestima que se ligam intrinsecamente à atividade sexual. (OLIVEIRA *et al.* 2017).

Portanto, é notório o obstáculo originado pelos preconceitos e estigmas perante

a ideia de se abordar livremente a sexualidade na terceira idade, enfrentado pelos profissionais e pacientes. Assim, isso evidencia a necessidade de se alterar este cenário na área da saúde.

ABORDAGEM DOS PROFISSIONAIS

Desde 1947, o conceito de "saúde" é definido como: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (WHO, 2022), o que engloba a questão da sexualidade. Dessa forma, é papel do profissional de saúde se aprofundar nas experiências de seus pacientes e conhecê-los sob uma ótica que abranja os aspectos físicos e psicológicos, superando seus próprios preconceitos e se mostrando aberto àqueles que fornece seu serviço.

Segundo o livro "Semiologia Médica" (PORTO, 2019), a sexualidade precisa ser abordada na anamnese com o idoso de forma franca e respeitosa, compreendendo-se sua importância para diversos diagnósticos, como da disfunção erétil e diminuição da libido na depressão. No entanto, é necessário esclarecer ao paciente a diferença entre as modificações esperadas perante o envelhecimento e patologias, para se evitar frustrações.

Porém, ainda que seja necessário abordar o tópico e orientar os pacientes de forma adequada, como quanto ao uso do preservativo e ISTs, por exemplo, muitos profissionais não o fazem, conforme descrito por LIMA *et al.* (2020) e EVANGELISTA *et al.* (2019).

De acordo com os autores supracitados, ao se realizar uma pesquisa em uma UBS do interior de Goiás com 30 participantes da terceira idade: "a grande maioria não tinha conhecimento a respeito da importância do uso de preservativos e quanto à alta prevalência de ISTs nessa fase da vida". Ademais, ao se questionar 127 enfermeiros do município de Sobral (CE), percebeu-se que 75% desses profissionais não realizaram educação em saúde sobre sexualidade com grupo de idosos.

Portanto, é papel do profissional de saúde preocupar-se em desmistificar o ato da sexualidade entre idosos, por meio da implementação de ações preventivas e de promoção desse nicho da saúde, sendo uma boa estratégia a prática da educação sexual, possibilitando a eles uma vivência segura da sexualidade. (OLIVEIRA *et al.* 2017).

O USO DE PRESERVATIVO ENTRE IDOSOS

Os preservativos, sejam eles masculinos ou femininos, não servem somente para evitar gravidez, muito pelo contrário, o sexo com proteção está associado a qualidade de vida, pois existem várias IST que são evitadas com o seu uso. Uma problemática enfrentada pela população idosa está atrelada à falta de informação, o que os tornam mais suscetíveis a desenvolver diversos tipos de IST. Tal fato pode levar essa população a ter um

comportamento sexual do idoso de risco, principalmente, porque as IST são transmitidas por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa infectada (BRASIL, 2022). Nessa direção, um estudo apresentado por Monte *et al.* (2021), acerca do uso de preservativos pela população idosa, foi identificado que 13% das mulheres e 18% dos homens não utilizam essa medida em suas relações, sendo perceptível que esse tipo de comportamento apresentado pelos idosos os tornam mais suscetíveis ao risco de contágio.

Além disso, há uma carência de políticas que visam a prevenção dessas IST — como herpes genital, sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) — que possuem a terceira idade como foco, abrindo espaço para que cada vez mais idosos se contaminem devido ao não uso de preservativos. Apesar do aumento acelerado de infecção em idosos, investe-se muito em modos de controle da epidemia em públicos-alvo como, homossexuais, transexuais, indivíduos que utilizam drogas injetáveis, presidiários e pessoas que trabalham com sexo (MONTE *et al*, 2021).

Sob a ótica abordada por Medeiros *et al.* (2019), existem diversos fatores relacionados a resistência do uso de preservativo, como o baixo entendimento do risco de infectar-se, dificuldade com o manuseio do preservativo, menor preocupação com concepção e o constrangimento para adquiri-lo. Esse autor afirma que, além disso, há a noção que, distende da realidade, de que somente jovens são suscetíveis a IST, então, o uso de preservativos acaba sendo deixado de lado na concepção da maioria dos idosos.

VULNERABILIDADE DOS IDOSOS AO HIV

Atrelado ao não uso de preservativos por boa parte da população idosa, está o aumento dos riscos de contraírem alguma IST. Nesse aspecto, conforme exposto por Brasil (2021), uma das patologias que mais merecem destaque por ser extremamente problemática é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que é a doença causada pela infecção do HIV. De acordo com CAETANO *et al*. (2018), nos últimos dez anos, houve uma elevação na taxa de detecção dessa doença em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Isso se deve principalmente a abordagem precária sobre comportamentos de ricos com os idosos.

Em conjunto a isso, por SOUZA *et al.* (2021), temos ainda a questão da precariedade dos diagnósticos, os quais são frequentemente tardios, nas raras ocasiões em que ocorrem. O autor destaca como causa desta falha uma concepção errada de que os idosos geralmente não são reconhecidos como grupo suscetível a IST pelos profissionais de saúde, e até mesmo pelos próprios idosos. Atrelado a isso, temos também a situação dos testes de HIV, que não são disponibilizados com a devida frequência, fator que agrava

ainda mais o diagnostico tardio, e por consequência afetam também o estado de saúde de uma pessoa contaminada com o vírus HIV.

Assim, surge a necessidade ainda maior de um direcionamento mais objetivo na terceira idade, levando em conta as limitações desse grupo e de uma abordagem de forma mais efetiva sobre o assunto, com uso de uma linguagem de fácil compreensão. Sendo necessário também inflar a importância de estudos voltados para avaliar a eficácia de ações educativas sobre HIV/AIDS para essa população, para que o tema não caia em defasagem. A utilização dessa ferramenta pode desenvolver um maior entendimento sobre o assunto, com consequente alteração no comportamento dos idosos, influenciando um estilo de vida mais saudável, como afirma Lima *et al.* (2018). Além disso, cabe abordar a temática da doença entre os profissionais de saúde, para que o assunto seja sempre comentado e assim contribua ainda mais com a qualidade de vida da terceira idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a discussão apresentada durante os tópicos, é possível concluir que a sexualidade para o idoso é construída pela sociedade como algo vergonhoso e fora dos padrões, limitando o próprio indivíduo com mais de 60 anos de expressá-la por um possível preconceito enraizado. Atrelado a isso, em um cenário como a Atenção Básica em que se deveria ser capaz de se debater qualquer coisa, sendo o profissional e o espaço isento de preconceitos, essa parte natural e importante da vida é negligenciada ou abordada de forma precária pelos profissionais de saúde diante de um paciente da terceira idade.

Assim, essa falha em orientar é responsável pela falta de informações quanto ao uso de preservativos e de sua importância em qualquer época da vida sexual ativa, acarretando no aumento de casos de herpes genital, sífilis e, principalmente, de HIV em idosos, o que prejudica a qualidade de vida alcançada com tanto esforço ao longo das últimas décadas para alcançar ao longo das últimas décadas. Portanto, torna-se evidente a necessidade de maior preparo por parte de médicos e enfermeiros para acolher essa parte crescente da população em sua amplitude como indivíduo, destacando-se uma boa anamnese e um direcionamento para o envelhecimento e suas consequências naturais, associadas à promoção de educação sexual para idosos em ambientes primários de saúde.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Breno Rodrigo. DEL PRIORE, Mary. Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil. São Paulo: Planeta, 2011, 254p. **Ensaios**, p. 88-94, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids/HIV. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2021b.

CAETANO, Kárita Santos et al. HIV/AIDS: conhecimento, atitude e prática da pessoa idosa. **Itinerarius Reflectionis**, v. 14, n. 4, p. 01-21, 2018.

LIMA, Laysa Bianca Gomes, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, and Terezinha Nunes Silva. "Revisão sistemática sobre o olhar do idoso acerca das ist e do hiv/aids. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** 10 (2018): 239-244.

DE LIMA, Isadora Carolina Calaça et al. Sexualidade na terceira idade e educação em saúde: um relato de experiência. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. 1, 2020.

DE MEDEIROS, Juliana Souza et al. Comportamento sexual e conhecimento de pessoas idosas acerca da transmissão do hiv. **CIEH – Congresso Internacional de Envelhecimento Humano***,* v 39, n. 1, p. 01-11, 2019.

DE OLIVEIRA ZANCO, Maria Rozeane Chaves et al. Sexualidade da pessoa idosa: principais desafios para a atuação do enfermeiro na atenção primária em saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6779-6796, 2020.

FEITOSA, Ávila Tayanne De Oliveira et al. **Sexualidade na terceira idade e serviços de saúde: uma revisão integrativa**. **Anais VI CIEH**. Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/54216

DO MONTE, Camila Ferreira et al. Idosos frente a infecções sexualmente transmissíveis: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 10804-10814, 2021.

EVANGELISTA, Andressa da Rocha et al. Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

MAEYAMA, Marcos Aurélio et al. Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 55018-55036, 2020.

PEIXER, Tessa Chagas et al. Sexualidade na terceira idade: percepção de homens idosos de uma estratégia de saúde da família. **Journal of nursing and health**, v. 5, n. 2, p. 131-40, 2015.

PORTO, Celmo C. SEMIOLOGIA MÉDICA, 8ª edição. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2019.

SOUZA, Cinoélia Leal de et al. Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 71-78, 2019.

SOUZA, Luciária Silva et al. Estratégias de cuidado à saúde desenvolvidas pela pessoa idosa em sua vivência com o HIV/AIDS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e19101724219-e19101724219, 2021.

UCHÔA, Yasmim da Silva et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 939-949, 2016.

VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, p. 196-209, 2016.

WHO – World Health Organization – Constitution. Disponível em: https://www.who.int/about/governance/constitution. Acesso em: 11/06/2022

DESAFIOS DE PROMOVER SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

Data de aceite: 17/11/2022

Maryelle de Oliveira Ferreira
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Sarah Maria de Carvalho Andrade
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Laís Moreira Borges Araujo
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Luciano Rezende dos Santos
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Apesar de os conceitos de envelhecimento e longevidade estarem intimamente relacionados, estes apresentam acepções diferentes (ALVES, 2010). Nesse sentido, enquanto o conceito de longevidade representa a duração de uma vida mais longa que o comum, o conceito de envelhecimento refere-se ao ato ou efeito de envelhecer, sendo um processo natural em que ocorre transformações físicas, biológicas e psicológicas no corpo humano, apresentando influências sociais, ambientais e culturais (MARTINS et al., 2007).

Há grande divergência nas literaturas acerca da idade de corte para a definição de pessoa idosa. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera parâmetros socioeconômicos para definir a idade a partir da qual se considera uma pessoa idosa. Para países subdesenvolvidos a OMS utiliza a idade de sessenta anos, tanto para homens quanto para mulheres, diferindo-se dos países desenvolvidos, em que se considera idosas as pessoas acima dos sessenta e cinco anos de idade (FREITAS et al., 2018). Por essa definição, percebe-se que o envelhecimento humano tem relação com o grau de desenvolvimento de uma nação. No Brasil, a lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá

outras providências: Art. 1º “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Hodiernamente, não só o Brasil, mas o mundo como um todo, vivencia grandes transformações em suas dinâmicas populacionais. Nesse contexto, o envelhecimento da população é incontestável e o aumento da longevidade é uma grande conquista para a humanidade (OLIVEIRA, 2016). No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, a população idosa já representa 10,49% da população total. Além disso, é importante ressaltar que entre esses indivíduos, a população que mais cresce é dos muito idosos, ou seja, de 80 anos e mais (PORTO et al., 2019).

Desse modo, alguns fatores propiciaram o aumento da expectativa de vida do homem. Dentre esses, é possível citar a urbanização, a diminuição da pobreza e o avanço da medicina. No Brasil, no início do século XX, o brasileiro vivia aproximadamente 33 anos, por outro lado, hoje a expectativa de vida é de 77,19 anos (IBGE, 2022). Nesse sentido, o fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil, deve-se principalmente ao cenário da queda da fecundidade aliada a redução da mortalidade (PORTO et al., 2019).

A partir desse cenário, tornou-se imprescindível promover a saúde do idoso e garantir a assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa, bem como, priorizar a manutenção da capacidade funcional, a independência e a autonomia do indivíduo (ASSIS, et al., 2004). Contudo, na prática, as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população idosa ainda é um desafio ao sistema de saúde brasileiro, com base no contexto socioeconômico e epidemiológico do país (FRANCISCO et al., 2003; BRASIL, 2006b).

É evidente que o processo de envelhecimento acarretará fortes impactos nas áreas da saúde, previdência social e no cuidado com a pessoa idosa (OLIVEIRA, 2016). Sendo assim, é essencial associar o aumento da longevidade a uma boa qualidade de vida na terceira idade, preservando, dessa maneira a dignidade do idoso que é prevista no Estatuto do Idoso - “Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”. Por isso, fica exposto a necessidade de se ampliar as discussões acerca desse tema, reformular os padrões tracionais de envelhecimento e preparar a comunidade para vivenciar os desafios enfrentados por essa faixa etária, a fim de garantir a esses indivíduos uma experiência positiva de longevidade (ASSIS et al., 2004).

1 I EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

1.1 Alimentação e exercício físico

O processo de envelhecimento é carregado por mudanças biológicas e fisiológicas no organismo humano, chamado senescência, que desencadeia uma menor energia metabólica quando comparado aos jovens. Porém, esse processo normal pode ser acompanhado de fatores patológicos, o que se denomina senilidade, que pode estar relacionada com a genética, doenças e até mesmo provocados ou acentuados pelos maus hábitos de vida. Com isso, é necessário que haja uma preocupação com a alimentação e a prática de exercício físico com intuito de promover uma senescência com maior qualidade de vida, uma vez que esses são hábitos que proporcionam uma melhor desenvoltura dos músculos e das articulações, além de aumentar a reserva energética e promover a homeostase (DINIZ et al., 2019).

Estudos comprovam que a prática de exercício físico aliada a alimentação saudável diminui a mortalidade perante doenças cardiovasculares, diabetes, e câncer, por reduzir a quantidade de tecido adiposo, aumentar o metabolismo e o funcionamento coerente dos órgãos (DINIZ et al., 2019). Ademais, as quedas, sintomas depressivos, pressão arterial e níveis de colesterol e glicose são outros fatores que obtém redução ou equilíbrio com esses hábitos, já que aumentam a massa óssea e o trofismo muscular (ANDERSON et al., 1998)

Diante de todas as informações descritas sobre os benefícios da prática de atividade física é evidente a necessidade de os idosos aderirem aos exercícios físicos. No entanto, muitos não adotam esse hábito por motivos diversos, sendo que os mais observados nas pesquisas são falta de oportunidade, renda insuficiente para participar de alguns esportes e desânimo (ANDERSON et al., 1998). Além disso, o meio cultural que o idoso está inserido também pode interferir em tais hábitos, já que alguns exercícios podem ser feitos sem gasto nenhum, como a caminhada, que aliás é a que possui maior aderência, principalmente na população de baixa renda. Logo o conhecimento e habitude é de extrema importância para que atividade física se torne rotina (NEVES et al., 2019).

Ademais, o quesito alimentação está intimamente ligado com o gasto de energia, logo deve complementar a prática de atividade física para o bom funcionamento do organismo. Apesar dos idosos consumirem alimentos de todos os grupos básicos, a quantidade deve ser equilibrada, já que muitos desses indivíduos apresentam sobrepeso, obesidade ou desnutrição (CARVALHO et al., 2021). Uma das explicações para isso está no fator socioeconômico já que a maioria é aposentado e vive com uma renda mínima, consumindo, majoritariamente, produtos presentes na cesta básica, os quais são muito calóricos e pouco nutritivos, como arroz, feijão, café e leite (BRAGA et al., 2020).

Também contribui para uma alimentação desequilibrada, ocasionando risco de desnutrição, ao fato de os idosos apresentarem alterações nas funções fisiológicas que diminuem o seu apetite, como por exemplo na percepção sensorial, no padrão mastigatório, na produção de saliva e no funcionamento digestivo (CAMPOS, et al., 2020).

1.2 Sexualidade

A sexualidade está presente na vida do ser humano em todas as fases da vida, e é importante para manter o afeto e auto estima. Contudo, por motivos culturais, religiosos e sociais o assunto não é amplamente discutido, o que gera muitas dúvidas, mitos e ideias equivocadas, principalmente entre a pessoa idosa (FERRO, 2017).

Com o envelhecimento o ser humano passa por algumas modificações corporais que podem diminuir a libido, como a diminuição de hormônios sexuais, ressecamento vaginal nas mulheres e disfunção erétil nos homens (VIEIRA, 2012). Porém, a partir dos anos 90 houve um avanço na medicina que permitiu, por meio de medicamentos, uma maior longevidade no desempenho sexual. Somado a isso, os idosos passaram a ser um grupo preocupante em relação as infecções sexualmente transmissíveis (IST), já que, quase sempre, não usam preservativos por preconceito ou por achar que não há necessidade pelo fato da mulher já está na menopausa e não ter o risco de engravidar (SILVA, 2011).

Segundo estudos, esse cenário se dá pela dificuldade de abordagem de educação sexual com os idosos pelos profissionais de saúde devido aos preconceitos construídos socialmente em relação a velhice e a vida sexual ativa, tanto por parte dos médicos como pelos idosos, que podem se sentir envergonhados com o assunto. Assim, as informações desses pacientes estão, quase sempre, restritas a contracepção, sem possuir conhecimentos sobre as IST's e seu modo de prevenção, tornando-os mais vulneráveis a essas infecções (SILVA, 2011).

Fica evidente a importância dos profissionais de saúde em adquirir confiança do paciente, demonstrando afetividade, disponibilidade e transmitindo o sentimento de normalidade ao abordar o assunto, para que o idoso possa sanar suas dúvidas sobre a sexualidade assunto (SILVA, 2011).

2 | ENTRETERIMENTO E UTILIDADE NA TERCEIRA IDADE

A Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe o envelhecimento saudável como uma prática de promoção de saúde da terceira idade. Nesse sentido, define-se envelhecimento saudável como "processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada". E para isso, deve-se promover a interação social para que o idoso se mantenha ativo, independente, otimista e

com sede de viver com saúde (física e mental) os últimos anos que lhe restam.

Ademais, o envelhecimento saudável se relaciona-se intimamente com o conceito ampliado de saúde, propiciado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, e defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse contexto, entende-se: "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". Dessa maneira, o envelhecimento bem-sucedido está relacionado a diferentes dimensões da saúde. Em primeiro lugar, a dimensão biológica (estilo de vida), seguido da dimensão psicológica (emoções), dimensão espiritual (ligada a fé e a religiosidade) e a dimensão social (rede de apoio social, vivência da autonomia e independência) (FECHINE et al., 2012).

No entanto, percebemos uma visão estereotipada do idoso como um ser de competência inferior, já que a maioria possui uma baixa escolaridade além da lentificação e dificuldade de aprendizagem. Aliás, na sociedade contemporânea capitalista, os indivíduos são ensinados de forma cultural e social a valorizar a produção, gerando um preconceito com a terceira idade por serem definidos como improdutivos. Ademais, cada fase da vida possui uma função pré-definida, as crianças e adolescentes possuem o dever de aprender, os adultos produzir e os idosos o tempo de descansar, já que não possuem mais a mesma aptidão. Com isso, os indivíduos acima de 60 anos se aposentam e torna-se cada vez mais excluídos socialmente e, consequentemente, com maior tempo livre, o que gera, muitas vezes, solidão, depressão e dificuldade em renovar por se sentir inválido. Assim, assegurar a interação e a capacidade de executar várias tarefas nas pessoas idosas é um desafio para todas as esferas socias (GARCIA, 2008).

Diante disso, convém frisar o papel da família no processo de envelhecimento saudável. Demonstra-se a importância da mesma nas relações sociais do idoso principalmente porque a senescência representa um período de crescente vulnerabilidade e de crescente dependência no seio familiar (FECHINE et al., 2012). Portanto, uma relação satisfatória com os familiares representa segurança e apoio as pessoas idosas frente às adversidades presentes na senescência e na senilidade (PEREIRA, 2016). Além do mais, o Estatuto do Idoso dispõe: "Art. 3º - É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária".

Somado a isso, o Estado possui o dever de assegurar a participação ativa da terceira idade na sociedade. Esse trabalho é realizado por meio de políticas públicas como oficinas de artes, música, dança e jogos que permitem os idosos se expressarem sentimentalmente, realçar o prazer de ter uma relevância social e amenizar os efeitos negativos do envelhecer.

A criação, por exemplo, aumenta a qualidade de vida, por ser uma atividade que envolve elaboração de pensamentos e conhecimento do indivíduo acerca de si e do mundo que o cerca. Já a dança melhora a coordenação motora, a respiração, resistência cardiovascular além de proporcionar sensação de bem-estar. Além disso, as atividades grupais permitem a troca de experiência, recuperação cognitiva, aumento da autoestima e, consequentemente, melhora as relações pessoais, a conscientização do autocuidado e a saúde do idoso (NOGUEIRA; MARTINS, 2017).

A sociedade é o outro componente essencial para integrar o idoso em âmbitos de aprendizagem e socialização. Isso é realizado por meio de parcerias de profissionais de diversas áreas com o Estado ou por trabalhos voluntários que agregam ao idoso uma nova forma de se construir e organizar que acompanha as demais faixas etárias. (GARCIA, 2008) A tecnologia digital, por exemplo, está envolvida em sistemas de comunicação, informação e até mesmo nas práticas de atividades financeira e nos utensílios domésticos, sendo, portanto, essencial para cumprir tarefas diária. Porém, os idosos possuem uma dificuldade de entender a nova linguagem tecnológica como os celulares e os caixas eletrônicos. Assim, os cursos de informática oferecidos por centros sociais propiciam a terceira idade se sentir mais independente e melhorar a relação com os familiares. No entanto, é dever do Estado garantir que todos os indivíduos possuem acesso aos aparelhos eletrônicos (ANDRADE et al., 2020).

A religiosidade contribui de forma significativa para a consumação de uma velhice bem-sucedida. Nesse sentido, a palavra religião, do latim religio (outra vez) e ligare (unir), vincula o mundo dos homens ao sagrado. Dessa forma, a partir da fé, o homem nutre-se de uma força sobrenatural para lidar com a única certeza de sua existência: o envelhecer e o morrer. Sendo assim, a religião auxilia assiduamente a pessoa idosa a lidar com a vulnerabilidades biológicas e psicológicas do processo de envelhecimento, o sofrimento de perdas e enfermidades, além de permitir o indivíduo a integrar-se à sociedade (ARAÚJO et al., 2008). Portanto, não se deve considerar apenas as dimensões da vida física e psicológica, mas também é de fundamental importância a preservação da dimensão espiritual do idoso. Por isso, é essencial considerar o fator religiosidade como uma prática de promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

AFFIUNE, A. Envelhecimento cardiovascular. In E.V. Freitas., L. Py., A.L. Néri., F.A.X. Cançado., M.L. Gorzoni, M.L e S.M. Rocha (Eds), **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.28-32, 2002.

ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento e longevidade. **Portal UFJF** 2010.

ANDERSON, Maria Inez Padula *et al* (org.). **1998 Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. Textos Envelhecimento v.1 n.1 Rio de Janeiro nov.** 1998.

ANDRADE, Ariel Moraes; RABELO, Livia Nascimento; PORTO, Andressa Paiva; GOMES, Elihab Pereira; LIMA, Ana Lucia. Inclusão digital na terceira idade: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 3231-3243, 2020. Brazilian Journal of Health Review.

ARAÚJO, Maria Fátima Maciel *et al.* O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. **Religiosidade e Saúde do Idoso**. RBPS 2008; 21 (3): 201-208.

BRAGA, H.; DE FREITAS COUTO, S.; DOS SANTOS MOSER, C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 8, n. 2, 28 fev. 2020.

CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa *et al.* Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição** [online]. 2000, v. 13, n. 3.

CARVALHO, Antônio Varton de Oliveira; FORMIGA, Laura Maria Feitosa; ARAðJO, Ana Klisse Silva; SILVA, Lisandra Ravena Veloso da; LEAL, Maria Laíse de Lima; LIMA, Eveline Fontes Costa. Análise do perfil nutricional de idosos cadastrados na Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na saúde da família. **Revista de Aps**, Uberaba (MG), 2009.

DINIZ, Lucas R.; GOMES, Daniel Christiano de A.; KITNER, Daniel. **Geriatria**. MedBook Editora, 2019.

Estratégia Saúde da Família de um município piauiense. **Revista de Aps**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 767-780, 1 jun. 2021. Universidade Federal de Juiz de Fora.

GARCIA, Sandra Maria. **A tecnologia da informática: novos desafios para a terceira idade. Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina** 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores sociais 2002/IBGE. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2003.

MARTINS, Josiane de Jesus. Influência do processo de envelhecimento na qualidade de vida do ser humano: (re)desvelando significados. **Revista Mineira de Enfermagem;** 2007.

NEVES T, Silva LM, Pereira ACD, Régis JJ Associação da capacidade funcional com nível de exercício físico de idosos. **Conscientia e Saúde** 2019 jul./set.

NOGUEIRA, Wilson Batista Soares; MARTINS, Clebio Dean. **O lazer na terceira idade e sua contribuição para uma melhor qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados**. **Revista Brasileira de Ciências e Vida,** v.5 n.2, 2017.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro. Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. **Revista Espaço e Economia**, 8 de 2016.

PEREIRA, Mayane Carneiro Alves. Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. **Revista Bras Promoção Saúde.** 2016

PORTO, Celmo Celeno. **SEMIOLOGIA MÉDICA.** Guanabara Koogan – 8ª ed. – 2019.

FERRO, Dyessica Andressa da Silva. **Desafios na orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis para terceira idade. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a graduação de Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente** - FAEMA **-** 2017.

ROMMEL, Basílio. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, e. 20, v. 1.

SILVA, Sâmia Amélia Mendes. **HIV/aids na terceira idade: panorama e desafios**. 2011.

VIEIRA, Kay Francis Leal. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais. 2012. 234 f**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa**, 2012.

DESAFIOS NA FORMAÇÃO MÉDICA PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Data de aceite: 17/11/2022

Anna Jhuliah Santin Franzon
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Amanda Káren Alves Pereira
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Adelaide Maria Ferreira Campos D´avila
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Thiago de Deus Cunha
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Os cuidados são imprescindíveis para a sobrevivência do homem desde que ele surgiu sobre a face da Terra. Sendo assim, a espécie humana teve que organizar-se para superar a vulnerabilidade inata, essencial e comum para toda a espécie, preparando-se para o período de gestação, o parto, a amamentação e a criação. A única resposta a essa vulnerabilidade foi a organização social, pois os seres humanos eram incapazes de sobreviver de forma isolada (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014).

Definir vulnerabilidade envolve um espectro variado de fatores individuais, socioeconômicos, culturais, constituindo assim uma tarefa não muito simples pois não é um conceito absoluto (PESSINI; BARTALOTTI, 2014). Surgido da eclosão da epidemia de HIV em 1980, o conceito de "vulnerabilidade" foi fortemente influenciado pela forma na qual a população brasileira respondeu à difusão da doença. O primeiro texto a tratar mais sistematicamente da noção de vulnerabilidade, e que teve uma relevância importante para a propagação mundial desse conceito, foi o livro *Aids in the World* (Aids no mundo), publicado em 1992, nos Estados Unidos (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014).

No contexto da saúde, os termos vulnerabilidade e vulnerável são empregados para designar a suscetibilidade

das pessoas aos problemas e danos à saúde. Mas além disso, essa designação pode envolver situações de fragilidade, incerteza, precariedade, insegurança, desequilíbrio, desigualdade e déficit de autonomia do processo de satisfação de necessidades (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014). Para a formação médica, a saúde de populações fragilizadas representa um desafio de proporção incalculável, pois abrange as mais diversas situações, como a de pessoas com deficiência, de indígenas, de quilombolas, de idosos, de pessoas em situação de rua, de mulheres violentadas, de dependentes químicos, de população LGBTQIA+, entre outros.

As reivindicações destes grupos por direitos ganharam impulso com a redemocratização do país e a Constituição Federal de 1988, que no seu artigo 196 pôs o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado. Um avanço importante foi a aprovação dos Planos Nacionais de Direitos Humanos (PNDHs) no Governo Fernando Henrique Cardoso (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) defende que efetivar o direito humano à saúde da população é estabelecer padrões de equidade na política de saúde do país . Nesse contexto foram criadas as Políticas de Atenção Integral à Saúde de grupos vulneráveis, que mais tarde foram agrupadas no que o Ministério da Saúde denominou de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017). Para os segmentos, como os de pessoas com deficiência, em situação de rua, negras, idosas e LGBTQIA+ é necessário um olhar diferente para igualar e oportunizar um tratamento digno, já que são grupos historicamente excluídos de ações afirmativas de nossa sociedade. Não apenas sobre equidade, ampliar a discussão do direito à saúde é levar em conta também a universalidade do acesso à saúde, o que ainda não se efetivou no Brasil (VIEIRA, 2018; COSTA FILHO, 2017).

Contextualizar sobre vulneráveis não significa dizer que são uma pequena parcela da população, apenas falando de pessoas com deficiência (PCD), por exemplo, há uma estimativa realizada em 2012 de que elas são cerca de 15% da população mundial. São pessoas que também precisam de cuidados gerais (imunização, exames preventivos, tratamento de doenças crônicas e agudas) e de cuidados específicos, em fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, entre outros. Além disso, cabe incluir que PCD apresentam tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, depressão e inatividade física numa frequência superior à de pessoas sem deficiência. Outro exemplo é a população indígena, que sofre com aumento constante de problemas psicossociais, taxas alarmantes de dependência química, violência e suicídio, situação reconhecida inclusive pelo Ministério da Saúde (WAYHS; BENTO; QUADROS, 2019; COSTA; KOIFMAN, 2016).

Essas adversidades na vida de PCD e indígenas representam apenas dois casos de

vulnerabilidade. Sabendo que existem tantas outras situações, torna-se necessário dirigir um olhar para a importância do trabalho em equipe e o trabalho interdisciplinar em saúde, pois compreender a complexidade da relação saúde-doença e seu impacto no cotidiano dos usuários dos serviços de saúde e daqueles que sequer têm contato com o SUS por falta de recursos representa uma grande dificuldade para a formação médica (PESSINI; BARTALOTTI, 2014).

Diante da ampla necessidade de discutir sobre os pontos importantes na formação médica para promover melhor a saúde das populações referidas anteriormente, esse capítulo propõe colocar em foco algumas situações mais presentes na rotina médica e que demandam, assim como as outras não citadas aqui, uma atenção diferenciada.

MULHERES VIOLENTADAS SEXUALMENTE

A história das mulheres contém muitas lacunas deixadas por historiadores que contavam uma versão masculina, os quais negavam-se a narrar experiências do gênero feminino, o que atribui às mulheres uma primeira vulnerabilidade: ser mulher. As mulheres foram caracterizadas como submissas ao poder masculino, eram julgadas, perseguidas e mortas quando não seguiam o que a sociedade machista impunha. A violência de gênero é um problema antigo, presente em todos os países do mundo sob diferentes regimes econômicos e políticos (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014). A violência sexual contra as mulheres é um ato agressivo, violento e hostil, no qual o agressor degrada, humilha, aterroriza e domina a vítima (OSHIKATA *et al*, 2011). A Lei n. 11.340/06 – Lei Maria da Penha – define violência doméstica e familiar contra a mulher:

> Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (...).

Estima-se que 18% das mulheres da população em geral sofram pelo menos um episódio de violência sexual durante toda a sua vida. No Rio de Janeiro, cerca de 8% das mulheres maiores de 16 anos são atingidas por essa violência, enquanto em Salvador, na Bahia, o número chega a 18% (OSHIKATA *et al*, 2011). Estimativas globais feitas pela OMS em 2017 indicam que uma em cada três mulheres sofreram violência física e/ou sexual durante toda a vida. No Brasil, em 2015, segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, registrou-se 1 estupro a cada 11 minutos (DUMONT *et al*, 2019). Mesmo com dados tão significativos, os casos costumam ser pouco relatados nos serviços de saúde e de segurança pública por dificuldade dos serviços de reconhecer e diagnosticar a violência, ou então pela subnotificação por parte das vítimas (VILLELA; LAGO, 2007;

VILLELA *et al*, 2011).

A violência sexual acarreta problemas à saúde da mulher imediatamente após o evento, a médio e longo prazo. Dentre eles queixas físicas, como cefaléia crônica, alterações gastrintestinais, dor pélvica, e outras, ou sintomas psicológicos e comportamentais, como disfunção sexual, depressão, ansiedade, transtornos alimentares e uso abusivo de drogas (VILLELA; LAGO, 2007). Além de quem podem haver infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez indesejada e consequente aborto inseguro (DUMONT *et al*, 2019).

Em 1999, o Ministério da Saúde instalou a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, a qual lança bases operacionais da política de atendimento a mulheres que sofreram violência sexual. No entanto, o número de serviços de saúde capacitados a realizar todos os procedimentos previstos pela norma é insuficiente para o tamanho país, e mesmo onde há serviços, muitas mulheres ainda encontram dificuldades para serem atendidas (VILLELA; LAGO, 2007). Muitos são os protocolos que ditam diretrizes acerca do tratamento dessas vítimas, porém muitos deles têm apenas o valor jurídico, não atingindo de forma convincente o seu objetivo (DUMONT *et al*, 2019).

Frequentemente a mulher violentada procura os serviços de saúde por problemas com a saúde física ou mental, e não pela violência sofrida, porém a falta de preparo, o desinteresse, a falta de tempo para escutar o paciente e o foco somente nos sintomas aparentes impedem o profissional de saúde de identificar do que realmente aqueles sintomas se tratam (MARTINS; BARTILOTTI, 2015). O fato se agrava mais quando as vítimas têm vergonha e sentimento de culpa, já que persiste no imaginário social, e mesmo entre os profissionais de saúde, a ideia de que a mulher é culpada pela violência sofrida (VILLELA; LAGO, 2007). Outros fatos que dificultam a procura de ajuda por parte da mulher é o receio de exposição pública, ser conhecida do agressor, ter consumido álcool ou drogas antes da agressão e ser portadora de doença psiquiátrica (OSHIKATA *et al*, 2011).

A falta de uma porta de entrada ampliada – acolhedora, resolutiva – também é um obstáculo para que a atenção primária em saúde no Brasil atenda as vítimas de violência sexual com privacidade e numa abordagem sensível (VILLELA *et al*, 2011). Sobre a estrutura dos hospitais analisados em nível nacional, apenas 8% deles oferecem assistência prevista pelo Ministério da Saúde, 52% oferecem anticoncepção de emergência, 72% antibióticos, 49,5% imunoprofilaxia contra hepatite B e 45,2% contra HIV. Além disso, apenas 28% coletam material do agressor (DUMONT *et al*, 2019).

Mesmo na especificidade da Medicina voltada à mulher- a Ginecologia, - há uma grande lacuna em relação às problematizações das condições históricas e políticas. Ainda assim, a inclusão da temática violência na estrutura curricular do curso médico surge

de forma incipiente e superficial. Os desconhecimentos acerca do manejo da situação vão se materializando na instituição, inicialmente na ausência de discussão curricular e posteriormente na dificuldade de a equipe incluir o tema na investigação e na ausência de um suporte ao profissional. Não se contempla a necessidade de escuta e apoio aos profissionais de saúde que, muitas vezes, sentem o impacto emocional diante do caso. Essa mobilização emocional pode desencadear angústia e distanciamento dos profissionais, ou então sensibilização e atitude solidária (PEDROSA; SPINK, 2011).

POPULAÇÃO LGBTQIA+

A sigla LGBTQIA+ compreende grupos de minorias sexuais. A letra "L" é designada para lésbicas, mulheres que sentem-se atraídas afetiva e sexualmente por outras mulheres. O "G" refere-se a gays, homens que sentem-se atraídos por outros homens. Já a letra "B" diz respeito aos bixessuais, pessoas que se relacionam tanto com homens quanto com mulheres. Enquanto a letra "T" é sobre transexuais ou travestis, conceito o qual, diferente dos anteriores, está relacionada com a identidade de gênero e, no caso, inclui pessoas que não se identificam com seu gênero biológico. O "Q" da sigla deriva do inglês, podendo ser traduzida como "estranho", usada para pessoas que identificam-se com um terceiro gênero - fluido ou andrógeno, que apresenta características femininas e masculinas ao mesmo tempo. O intersexo, sinalizado pela letra "I", corresponde a pessoas que nascem com genitais de sexo mas possuem o sistema reprodutivo de outro. Os assexuais, "A", não sentem atração sexual por nenhum dos sexos. Por fim, o "+" trata-se de outras orientações sexuais e identidades de gênero, como pansexualiadde (atração por outra pessoa independente da sua identidade de gênero ou sexo biológico), não-binaridade (não se sente representada pelo sistema binário homem/mulher) e crossdresser (homens cisgêneros que não são travestis, mas gostam de vestir-se como mulheres) (SOUSA F.; SOUSA P., 2021).

Até 1987, quando houve uma revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), a homossexualidade era considerada uma patologia. No Brasil, apenas em 1999, o Conselho Federal de Psicologia começou a proibir a prática psicológica para reverter a orientação sexual do paciente. Para mais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil é o sétimo país que apresenta as maiores taxas de homicídio do continente Americano contra essa população. Nesse viés, percebe-se o preconceito com a população LGBTQIA+ em uma sociedade predominantemente heterocisnormativa, o que atrapalha a qualidade de vida dessa comunidade em amplos sentidos (SOUSA F.; SOUSA P., 2021; MIRANDA *et al.*, 2020).

À vista disso, o Artigo 196 da Constituição Federal do Brasil impõe que a saúde

é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado proporcioná-la. Portanto, a população LGBTQIA+ goza de todo direito em ter sua saúde proporcionada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como qualquer outro brasileiro. Dessa forma, o SUS visa garantir a saúde por meio dos seus princípios doutrinários - universalidade, integralidade e equidade (SANTOS, 2021). No entanto, devido às opressões sofridas diariamente, há resistência dessa comunidade em procurar os serviços de saúde, por vergonha, medo e/ou receio sobre a forma que serão recebidos pela equipe, seja por já terem passado por situações assim ou o puro receio em vivenciá-las. Essa questão, portanto, dificulta o acolhimento e acompanhamento desses indivíduos, os quais se tornam excluídos e obrigados a continuarem vivendo em um situação de invisibilidade social e sem os devidos cuidados (SOUSA F.; SOUSA P., 2021; SANTOS, 2021).

Outrossim, além da Constituição Federal, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) instituída pela Organização das Nações Unidas (ONU), institui que esses direitos são universais, independentemente das condições do indivíduo, bem como de suas singularidades sociais e culturais de uma sociedade. Além disso, é de suma importância ressaltar que a mesma também estabelece que, para promover a vida em sociedade, os Direitos Humanos devem ser respeitados sem discriminação de calsse social, raça, orientação sexual, entre outros. Contudo, como já dito, a população LGBTQIA+ sofre com a violação de seus direitos em função da sexualidade, o que deveria ser isentado da sociedade por meio de políticas públicas que contemplem as especificidades desse grupo (BRASIL, 2013).

Para tanto, em 2011, a Portaria nº 2.836 instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) para atender às demandas e especificidades da população LGBTQIA+, como forma de garantir o direito à saúde. Ademais, a PNSI-LGBT visa impulsionar ações e políticas públicas contra a invisibilização dessa comunidade, dando maior suporte no processo de saúde e doença, distanciando-se de preconceitos e estigmas sociais, prestando atendimento integral e equânime. Dessa forma, o acolhimento e a atenção à saúde desses cidadãos visa ser garantida (GOUVÊA; SOUZA, 2021).

DEPENDENTES QUÍMICOS

O uso de substâncias é tão antigo quanto a história da humanidade, seja para fins ritualísticos-religiosos, como é o caso do ópio, ou para suportar a fome e reduzir a fadiga, que é característico do hábito de mascar folhas de coca e tabaco. Somente no século XX que começam a ocorrer movimentos de proibição do consumo de drogas. Atualmente, a indústria do tráfico de drogas é a entidade que movimenta as maiores cifras no mercado

mundial (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

O conceito de dependência química é extremamente recente se comparado ao consumo de substâncias pela humanidade. Nos dias de hoje, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Doenças 10.ª edição (CID-10), e a Associação Psiquiátrica Norte Americana, por meio do Manual de Diagnóstico Estatístico 4.ª versão (DSM-IV), apresentam os elementos básicos para o diagnóstico preciso do uso de substâncias (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019; GALLASSI; SANTOS, 2013).

O consumo de drogas está presente em todas as sociedades de todos os países do mundo. A OMS, em 2002, identificou que essa prática está entre os 20 maiores problemas de saúde do mundo, sendo o tabaco responsável por 9% dos casos de morte e o álcool por 3,2% - e por 4% do DALYs (esperança de vida corrigida pela incapacidade). Dados do II Levantamento Nacional de Álccol e Drogas na população brasileira, realizado em 2012 pela UNIFESP, mostraram que o Brasil está em situação preocupante no que se refere ao uso de álcool, maconha e crack. (BARROS; PILLON, 2006; GALLASSI; SANTOS, 2013).

Os índices são preocupantes pois o abuso dessas substâncias geralmente vem acompanhado pelos problemas sociais e de saúde, econômicos, jurídicos e legais, que também envolvem as diversas consequências nas relações pessoais do indivíduo no meio em que está inserido. O custo com o tratamento das incapacidades relacionadas ao uso de álccol representa quase 1% do PIB brasileiro. No caso de drogas injetáveis, há possibilidades de infeccção pelo HIV, pelo vírus da hepatite B e da hepatite C (BARROS; PILLON, 2006; SCHNEIDER *et al*, 2013).

De acordo com o princípio da universalidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os usuários de drogas, assim como suas famílias, possuem direitos de acesso aos serviços de saúde, direito que deve ser garantido em todos os serviços de atenção. A Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, publicada pelo Ministério da Saúde em 2004, visa uma atenção ao usuário centrada na comunidade e associada à rede de saúde e social (SCHNEIDER *et al*, 2013).

Os usuários não costumam procurar a Unidade Básica de Saúde por problemas associados ao uso de substâncias psicoativas, e sim, por outros problemas de saúde (PAULA *et al*, 2014). Num outro aspecto dificultador, os profissionais da área relatam terem dificuldades em lidar com os indivíduos e acreditam que as questões envolvidas com drogas fogem de suas atribuições. Há um déficit de conhecimento sobre as políticas de saúde, como a de redução de danos, que ainda é motivo de controvérsia apesar de sua eficácia. Outro aspecto que dificulta a abordagem pelos profissionais de saúde é o caráter alarmista da mídia e dos discursos políticos, que muitas vezes se refere ao usuário de forma preconceituosa e estigmatizante, submetendo-o à marginalização e exclusão social

(GALLASSI; SANTOS, 2013).

É importante uma articulação entre a saúde mental, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a atenção primária, porém, esta nem sempre apresenta condições favoráveis para realizar essa difícil tarefa, seja pela falta de recursos ou pela ausência de profissionais capacitados. Para melhores resultados, os cuidados devem ir além da atenção primária, atingindo os três níveis de prevenção (BARROS; PILLON, 2006).

Para tanto, é preciso repensar a tradição organicista e tecnicista no tratamento dos problemas de saúde, mudando o sistema de formação dos profissionais (BARROS; PILLON, 2006; GALLASSI; SANTOS, 2013). Torna-se necessário uma ênfase no desenvolvimento de programas educacionais sobre álcool e outras drogas para os profissionais de saúde, provocando mudanças de crenças e atitudes em relação aos usuários que frequentam o serviço (PAULA *et al*, 2014).

MORADORES DE RUA

A população que vive em situação de rua tem aumentado nos últimos tempos por vários motivos, como situação de pobreza, desemprego estrutural, migração, dependência química, conflitos familiares etc. Essas pessoas são excluídas da sociedade, tendo suas necessidades básicas negligenciadas, fazendo com que sua sobrevivência esteja constantemente comprometida (HINO; ROSA, 2018).

A situação dessa população pode ser classificada de três maneiras: ficar na rua (circunstancialmente), estar na rua (recentemente) e ser da rua (permanentemente). Ademais, uma pesquisa feita no final dos anos 2000, pelo então Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome (MDS), constatou que essas pessoas eram majoritariamente do sexo masculino (82%) e mais da metade possuia entre 25 e 44 anos. Contraditoriamente ao senso popular de que as pessoas em situação de rua buscam renda apenas pedindo dinheiro, esse mesmo estudo comprovou que mais de 70% dessas pessoas desempenham uma atividade remunerada informal e que menos de 16% efetivamente pedem dinheiro (HINO; ROSA, 2018; PAIVA *et al*., 2016).

Ainda que a Constituição Federal do Brasil assegure a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, a população que vive em situação de rua, geralmente, não goza desses direitos, vivendo à margem da sociedade, sofrendo com a vulnerabilidade ampla. No quesito saúde pública, a própria organização do sistema dificulta o acolhimento dessas pessoas, visto que há exigência de documentação para a identificação e cadastro do usuário (PAIVA *et al*., 2016; HINO; ROSA, 2018).

Entretanto, em 2009, foi criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), visando levar os princípios de universalidade, integralidade, igualdade

e equidade a esses indivíduos, prezando por atendimentos humanizados e valorizando a vida e a cidadania dos mesmos. Além disso, em 2011, também foi instituída a Portaria nº 122 , definindo o funcionamento e a organização das equipes de Consultório na Rua (eCR), a qual integra a atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial, contando com multiprofissionais que lidam com as questões e as necessidades de saúde da população em pauta (HINO; ROSA, 2018; VALLE; FARAH; CARNEIRO JUNIOR, 2020; ABREU; OLIVEIRA, 2017).

Nesse viés, as eCR buscam oferecer ações voltadas para a saúde geral das pessoas que vivem em situação de rua, além da saúde mental. Para mais, também visam propiciar afeto, suporte social e perspectiva de mudança para esses usuários, os quais usualmente deparam-se com as dificuldades em acessar os serviços públicos, como os preconceitos e discriminações com as condições de vida a que eles estão sujeitos (ABREU; OLIVEIRA, 2017; PAIVA *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Após discorrermos sobre essas quatro populações consideradas vulneráveis para o sistema de saúde, podemos chegar à conclusão de que é necessária abordagem delicada e desafiadora em qualquer sociedade global. Porém, não é impossível chegar a um resultado satisfatório de atendimento humanizado e integral.

Em relação às mulheres vítimas de violência sexual, a subnotificação, a repressão, a vergonha, o medo e a falta da atenção médica para essas questões representam sérios desafios para a manutenção de sua saúde. Já a comunidade LGBTQIA+, em meio à preconceitos e estigmas sociais, precisam receber acolhimento, atendimento integral e equânime em todo o sistema de saúde. Nesse mesmo pensamento é que os profissionais precisam incorporar uma visão humanizada e não marginalizante sobre aqueles que, por várias questões, são dependentes químicos ou então estão em situação de rua.

Na realidade brasileira, fica aqui mais do que evidente a necessidade da educação permanente, ferramenta muito citada pelas políticas de saúde do Brasil. A partir dela, profissionais de saúde conseguem passar pelas barreiras que um ensino tradicional formou sobre as condutas com populações vulneráveis, garantindo a equidade, princípio formulado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ABREU, D. D.; OLIVEIRA, W. F. D. Atenção à saúde da população em situação de rua [...] **Cadernos de Saúde Pública**, 33, 2017.

BARROS, M. A. de; PILLON, S. C. Programa de Saúde da Família [...] **Rev. Ele. de Enf.**, v 8, n. 1, p 144-149, 2006.

BARROS, S.; CAMPOS, P. F. de Souza; FERNANDES, J. J. dos Santos. **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri, SP: Manole, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 2013.

COSTA FILHO, Waldir Macieira da. O direito à saúde dos vulneráveis. Rev do 7º Congresso **Brasileiro de Gestão do CNMP, Brasília**, num. 7, p 32-41, 2017.

COSTA, Luiza S. M. da; KOIFMAN, L.; O Ensino sobre Deficiência a Estudantes de Medicina: o que Existe no Mundo?. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 40, n. 1, pp. 53-58, 2016.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DUMONT, L. Sant`Ana *et al*. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: realidades e desafios. **RESU**, v. 7, sup. 1, p 249-260, Jul, 2019. DUMONT *et al*, 2019

GALLASSI, A. D.; SANTOS, V. dos. O abuso de drogas [...] **Brasília Med**, 50(1), p 51-57, 2013.

GOUVÊA, L. F.; SOUZA, L. L. de. Saúde e população LGBTQIA**+:** desafios e perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Revista Periódicus**, 3(16), 23-42, 2021.

HINO, P.; SANTOS, J. D. O.; ROSA, A. D. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 71, 684-692, 2018.

MARTINS, V. M.; BARTILOTTI, C. B. “Acabou comigo como pessoa” [...] **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Vol. 16, N. 108, jan./jun. 2015.

MIRANDA, T. S. *et al*. Disparidades em saúde da população LGBTQIA**+:** a atuação médica frente a este cenário. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, 13, e4872-e4872, 2020.

OSHIKATA, C. T. *et al*. Características das mulheres violentadas sexualmente [...] **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, pp. 701-713, maio, 2011.

PAIVA, I. K. S. D. *et al*. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21, 2595-2606, 2016.

PAULA, M. L. de *et al*. Assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p 223-233, abr/jun., 2014.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde [...] **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, pp. 124-135, Abr, 2011.

PESSINI, Leo; BARTALOTTI, Celina Camargo. Atenção às populações vulneráveis: desafio para os profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 38(2), p 127-128, 2014.

SANTOS, I. X. P. dos. Saúde da população LGBTQIA+ no contexto da atenção primária [...] **Brazilian Medical Students**, 5(8), 2021.

SCHNEIDER, J. F. *et al*. Atendimento a usuários de drogas [...] **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 22(3), p 654-661, jul/set., 2013.

SOUSA, F.B de; SOUSA, P. M. L. S. de. Saúde LGBTQIA**+:** a vulnerabilidade das minorias sexuais. **Research, Society and Development**, 10(13), 2021.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO JUNIOR, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde em Debate**, 44, 182-192, 2020.

VIEIRA, Ana Duarte. Acesso à saúde de populações vulneráveis: uma visão sob o enfoque da bioética. **Rev Bio y Der**, num. 43, p 211-223, Maio, 2018.

VILLELA, Wilza V.; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, pp. 471-475, jan, 2007.

VILLELA, Wilza Vieira *et al*. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, pp. 113-123, Abr, 2011.

WAYHS, Ana C. D.; BENTO, Beatriz do A. R.; QUADROS, Fatima A. de A. Políticas públicas em saúde mental indígena no Brasil. **TraHs**, n. 4, (n. esp.), p. 68-78, 2019.

DESAFIOS PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL DURANTE A FORMAÇÃO MÉDICA

Data de aceite: 17/11/2022

Ana Carolina Castro Silva
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Kalil Ribeiro Nunes
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Yasmin Justine Borges
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Jonatha Cajado Menezes e Silva
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

O currículo da formação médica inclui diversas disciplinas ministradas para atender às necessidades de saúde das populações atuais e futuras, e para alcançar plenitude em todos os conteúdos durante sua formação, o estudante de Medicina requer altos níveis de motivação, raciocínio e resistência, o que gera níveis consideráveis de estresse. De fato, os efeitos desse estresse se mostram na literatura: a prevalência de doenças mentais, como a depressão e burnout, é maior em estudantes de Medicina em relação à população geral e em relação à estudantes universitários de outras graduações (DYRBYE et al., 2006; DYRBYE et al., 2014).

Diversos fenômenos da graduação contribuem para o surgimento de doenças mentais: adaptação ao ambiente da faculdade de Medicina, dívida educacional, carga horária pesada, privação de sono, pacientes difíceis, ambientes de aprendizado precários, preocupações financeiras, sobrecarga de informações e planejamento de carreira podem atuar como fatores de risco para depressão e ansiedade, além de síndromes como a de burnout (MAO et al., 2019).

Os profissionais da Medicina como um todo possuem maior prevalência de doenças mentais, e esses transtornos mentais tem sua origem durante a

graduação, visto que estudantes no primeiro ano têm prevalência semelhante à população geral, mas que aumenta conforme avançam nos estudos da Medicina (YUSOFF et al, 2013). Esses transtornos trazem prejuízos a longo prazo para o estudante, tanto no âmbito pessoal quanto profissional, desde o esgotamento físico e mental, isolamento social, possível prejuízo na prática médica (WOLOSCHUK, HARASYM, TEMPLE, 2004), além de estimular a adoção de mecanismos de fuga como abuso de substâncias, consumo de álcool, tabagismo e outros comportamentos que trazem danos a si e aos outros (CUTTILAN, SAYAMPANATHAN, HO, 2016).

ANSIEDADE NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Entre as diversas classificações da ansiedade, como agorafobia, pânico e fobia social, destaca-se o transtorno de ansiedade generalizada, marcado por preocupações persistentes e excessivas acerca dos diferentes domínios da vida que o indivíduo não possui total controle, podendo trazer sofrimento ao paciente, como danos ao sono, tensão muscular, dificuldade de concentração e crescente dificuldade nos relacionamentos interpessoais e profissionais. Também é necessário estabelecer a diferença entre ansiedade fisiológica e patológica, tendo em vista que a forma não generalizada possui queixas que são vistas como manejáveis, adiáveis e de origem não esporádica, além de possuir menor probabilidade de acarretar sintomas físicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Uma ampla literatura relata maior prevalência do transtorno de ansiedade no âmbito acadêmico da Medicina. Globalmente, 33,8% dos estudantes de Medicina possuem ansiedade (TIAN-CI QUEK et al., 2019), sendo os estudos brasileiros semelhantes (30,8%-32,7%). A população feminina (64,0%-75,9%) tem maior prevalência que a masculina (SACRAMENTO et al., 2021; PINTO, CAVESTRO, FERREIRA, 2018).

Ao analisar a causa da ansiedade ao longo da graduação, nota-se que no ciclo básico, está principalmente relacionada à pressão gerada por trabalhos, falta de confiança, questões financeiras e pressão de socialização profissional. Já no ciclo clínico há maior ênfase em relação ao raciocínio diagnóstico, manejo do tratamento, comunicação de más notícias e condutas com pacientes em estado terminal (SARIKAYA, CIVANER, KALAKA, 2016). Por fim, na última etapa da construção do profissional médico, o internato, há uma relação de insônia com os estudantes que apresentam sintomas moderados ou graves, sendo muito relacionada com fatores inerentes do período, como cargas horárias exaustivas, plantões, gerenciamento de provas e privação do sono em busca de maior rendimento acadêmico, o que pode ser acompanhado da utilização de estimulantes naturais e sintéticos, como a cafeína e taurina respectivamente. (GUIMARÃES et al., 2020).

Estudos recentes mostram evidências positivas ao agregar disciplinas de habilidades clínicas e de comunicação na grade curricular, independente do método de ensino, gerando melhores resultados no enfrentamento das dificuldades do ciclo clínico, ao providenciar maior segurança e reduzir a ansiedade durante as práticas médicas (SARIKAYA, CIVANER, KALAKA, 2016), contribuindo para a manutenção da saúde mental a curto e longo prazo para os estudantes de Medicina.

DEPRESSÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) e o Código Internacional de Doenças (CID-10), a depressão possui sintomas clínicos como humor depressivo, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, dificuldades de concentração e pensamentos envolvendo a morte.

Como já foi dito, estudantes de Medicina perpassam por diversos estressores durante sua graduação que favorecem o surgimento da depressão. Globalmente, a prevalência da depressão nessa população é de 28%, mas considerando o nível de graduação, estudantes do primeiro ano possuem uma prevalência de 33.5%, gradualmente decaindo para 20.5% no quinto ano de faculdade. Apesar da alta prevalência, somente 12,9% dos estudantes com depressão buscam auxílio, devido a questões como medo de impacto negativo no histórico acadêmico, falta de tempo, receio quanto a intervenções indesejadas e o próprio estigma associado à psiquiatria (PUTHRAN, 2016).

A detecção precoce dos grupos de risco e a identificação das suas dificuldades enfrentadas ao longo de cada etapa do curso podem ser utilizadas para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e prevenção, através de projetos de psicoeducação que sensibilizem os estudantes para os riscos que transtornos psíquicos e disfunções profissionais podem trazer para o seu bem estar e prática clínica (AMARAL, 2008). Nos últimos anos, surgiram algumas técnicas para reduzir a prevalência de depressão, e dentre elas destaca-se o aprendizado baseado em problemas, o qual favorece o aluno, despertando a capacidade de atuar na busca de melhorias na sua instituição de ensino e na formação, além de potencializar vínculos com os professores, o que tem se demonstrado positivo para a diminuição do sofrimento subjetivo associado aos temores que envolvem a graduação (FERREIRA et al., 2019).

SÍNDROME DE BURNOUT NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

A Síndrome de Burnout é caracterizada por desgaste emocional prolongado do indivíduo, causando o esgotamento dos seus recursos emocionais, podendo gerar sentimentos de frustração e medo de não ser capaz de manter a performance. É uma síndrome tridimensional, baseada na exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (SCHAUFELI, LEITER, MASLACH, 2018).

A literatura relata prevalência maior de burnout em estudantes de Medicina em relação à população geral. O burnout dificulta o desenvolvimento profissional dos estudantes, coloca pacientes em risco, além de outras consequências pessoais, como a ideação suicida (DYRBYE, 2006). Um estudo longitudinal realizado com estudantes de uma universidade de Maringá encontrou um aumento do componente de desumanização e diminuição da realização profissional ao longo dos anos, além de identificar um pico de exaustão emocional no quarto ano de faculdade (BENEVIDES-PEREIRA, GONÇALVES, 2009).

Esse pico tem sido relacionado com a transição para o ciclo clínico, onde há grande contato com pacientes, os quais muitos estão em estado grave, com mau prognóstico, sendo um momento de elevada ansiedade, incerteza, expectativas e medos. Acrescenta-se, ainda, uma elevada sobrecarga de trabalho e de conteúdos teóricos a adquirir, realização de rotações de horário mal organizadas, conduzindo a um sentimento de falta de controlo sobre a sua agenda, turnos noturnos, além da exposição direta à internos com Burnout (GONÇALVES, 2016).

Segundo o estudo transversal elaborado por Cazolari et al. (2020), baseada nos questionários MBI-SS e WHOQOL-Bref, sintomas indicativos de burnout leve e moderado, como descrença e ineficácia profissional tiveram prevalência maior em estudantes de Medicinas em relação à população geral. 64,9% dos estudantes apresentaram exaustão emocional considerada baixa para a eficácia profissional. Ademais, foi destacado a relação entre boa pontuação nos domínios físico, psicológico e relações sociais com a diminuição das dimensões de exaustão emocional, descrença e de pouca eficácia profissional, sinalizando uma forma de melhorar os sintomas e prevenir o desenvolvimento da síndrome.

Portanto, para lidar com as situações que ocasionam desgaste e com isso evitar o desenvolvimento da síndrome, é fundamental identificar os fatores estressores; para isso se faz necessária a assistência emocional ao estudante durante sua formação. Assim, a atenuação de ansiedades, conflitos e preocupações contribui para o crescimento pessoal e para a maturidade necessária para enfrentar situações inerentes a graduação (PRADO et al., 2019).

IDEAÇÃO SUICIDA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

A ideação suicida é um termo utilizado para descrever uma série de contemplações, desejos e preocupações com a morte e o suicídio (HARMER, LEE, DUONG, 2021). Globalmente, o suicídio é a segunda maior causa de morte em adultos jovens (15-29 anos), com uma taxa de 8,9% (OMS, 2012), e os profissionais médicos possuem uma razão de suicídio agregado ainda maior (1.41) em relação à população geral (SCHERNHAMMER, COLDITZ, 2004). Não é clara associação entre ideação suicida e gênero, apesar de existir alguma tendência no sexo feminino como fator de risco.

Assim como outras doenças mentais, a ideação suicida pode surgir durante a graduação devido aos diversos estressores relacionados com o curso de Medicina, como grades curriculares exaustivas, dívidas escolares, falta de tempo de lazer e dificuldades no ambiente de trabalho (YIU, 2005); suplementarmente, o contato com sofrimento, enfrentamento da morte e cuidado de pessoas vulneráveis também são fatores desencadeadores de problemas emocionais em estudantes de Medicina (GOEBERT et al., 2009).

O processo da ideação suicida envolve uma série de etapas, desde pensar, considerar até planejar o suicídio, e possui fortes associações a sintomas depressivos (MENON et al., 2020). De fato, a depressão e a ansiedade são grandes preditores de suicídio (SOBOWALE et al, 2014). Apesar de os estudantes de Medicina possuírem fácil acesso a cuidados médicos, frequentemente se negam a procurar atenção psiquiátrica, por preocupações sobre tempo, privacidade, estigma, e possíveis efeitos negativos em suas carreiras(TJIA, GIVENS, SHEA, 2005).

CONCLUSÃO

Problemas de saúde mental afetam uma proporção significativa de estudantes de Medicina. Os altos níveis de motivação, inteligência e resistência esperados dos estudantes de Medicina estão relacionados com a ocorrência de ansiedade, depressão, síndrome de Burnout e ideação suicida, além de outras consequências pessoais e profissionais indesejáveis. Apesar de a população médica possuir conhecimento sobre saúde mental, fatores como estigma social, receio quanto à intervenções e falta de tempo impedem a realização de um tratamento efetivo.Dessa forma, a detecção precoce dos grupos de risco e a identificação das dificuldades pessoais experimentadas pelos alunos ao longo de cada etapa do curso são fundamentais para o desenvolvimento e aplicabilidade de estratégias de enfrentamento que sensibilizem os estudantes a procurarem suporte profissional e restabelecer o bem estar.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Geraldo Francisco do et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, p. 124-130, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T.; GONÇALVES, Maria Bernadete. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 10-23, 2009.

CAZOLARI, Priscila Gadelha et al. Burnout and well-being levels of medical students: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

CUTTILAN, Amit Nirmal; SAYAMPANATHAN, Andrew Arjun; HO, Roger Chun-Man. Mental health issues amongst medical students in Asia: a systematic review [2000–2015]. **Annals of translational medicine**, v. 4, n. 4, 2016.

DYRBYE, Liselotte N. et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. **Academic medicine**, v. 89, n. 3, p. 443-451, 2014.

DYRBYE, Liselotte N.; THOMAS, Matthew R.; SHANAFELT, Tait D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. **Academic medicine**, v. 81, n. 4, p. 354-373, 2006.

GOEBERT, Deborah et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. **Academic medicine**, v. 84, n. 2, p. 236-241, 2009.

GONÇALVES, Catarina Isabel Ramos Vilas Boas. Síndrome de burnout em estudantes de Medicina. 2016.

HARMER, B.; LEE, S.; DUONG, T. vi H, Saadabadi A. Suicidal Ideation. **StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2021.

MAO, Ying et al. A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. **BMC medical education**, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2019.

MENON, Nikitha K. et al. Association of physician burnout with suicidal ideation and medical errors. **JAMA network open**, v. 3, n. 12, p. e2028780-e2028780, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1**. Edusp, 1994.

PINTO, Nathan Assis Jordão; DE MELO CAVESTRO, Júlio; FEREIRA, Wardislau. Prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em estudantes de Medicina. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 2, n. 2, p. 36-43, 2018.

PRADO, M. S. F. M. et al. Avaliação da Síndrome de Burnout entre estudantes do último ano de um curso de Medicina do Brasil. **Arq Ciênc Saúde**, v. 26, n. 1, p. 41-6, 2019.

PUTHRAN, Rohan et al. Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. **Medical education**, v. 50, n. 4, p. 456-468, 2016.

SACRAMENTO, Bartira Oliveira et al. Symptoms of anxiety and depression among medical students: study of prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

SARIKAYA, O.; CIVANER, M.; KALACA, S. The anxieties of medical students related to clinical training. **International Journal of Clinical Practice**, v. 60, n. 11, p. 1414-1418, 2006.

SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P.; MASLACH, Christina. Burnout: 35 years of research and practice. **Career development international**, 2009.

SCHERNHAMMER, Eva S.; COLDITZ, Graham A. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 12, p. 2295-2302, 2004.

SOBOWALE, Kunmi et al. Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. **International journal of medical education**, v. 5, p. 31, 2014.

TIAN-CI QUEK, Travis et al. The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 15, p. 2735, 2019.

TJIA, Jennifer; GIVENS, Jane L.; SHEA, Judy A. Factors associated with undertreatment of medical student depression. **Journal of American college health**, v. 53, n. 5, p. 219-224, 2005.

WOLOSCHUK, Wayne; HARASYM, Peter H.; TEMPLE, Walley. Attitude change during medical school: a cohort study. **Medical education**, v. 38, n. 5, p. 522-534, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Preventing suicide: A global imperative**. World Health Organization, 2014.

YIU, Verna. Supporting the well-being of medical students. **Cmaj**, v. 172, n. 7, p. 889-890, 2005.

YUSOFF, Muhamad Saiful Bahri et al. Mental health of medical students before and during medical education: a prospective study. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 8, n. 2, p. 86-92, 2013.

DESAFIOS SOCIOLÓGICOS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Data de aceite: 17/11/2022

Pedro Augusto Batista Borba
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Gabriel Fernandes Pellegrini Cortez
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Maria de Fátima Silva Porto
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Segundo Gramsci (1978) história e filosofia são inseparáveis, formando-se um bloco. Ainda segundo esse autor, o conhecimento derivado da filosofia cria uma superestrutura formada por um conjunto de ideias delimitadas pela classe dominante com o sentido de organizar as massas humanas a seu favor, a chamada ideologia.

À medida que a ideologia assumiu o papel de verdade absoluta, o conhecimento da linguagem tornou-se o principal fator construtor de conceitos e caracterizou-se como o primeiro grau do esforço humano em direção à ciência (NIETZCHE,1996 apud ARANTES *et.al.*, 2008).

A legitimação da ciência como tradutora da compreensão do mundo através da construção de conceitos, utilizando-se da linguagem, torna-a o principal fator representativo da realidade, por meio da construção de novos paradigmas que tem como característica básica a eventual superação da sua própria existência (TEIXEIRA, 2003; SANTOS, 2004).

Desse modo, a construção de conceitos no campo da saúde tem como pressuposto refletir realidades sócio-históricas precedentes, expostas a desconstruções e reconstruções (PEREIRA 2008).

Segundo Arantes *et al.*, (2008), a

história da produção dos conceitos de saúde e doença é marcada pelas diferentes tentativas de busca por modelos explicativos para os sofrimentos humanos que pudessem superar a visão mágico-religiosa dominante. Com o nascimento da chamada Medicina Moderna, nascida no final do século XVIII, essas explicações começam, de fato, a serem substituídas pela busca das causas biológicas que estariam na origem dos processos patológicos.

A medicina moderna, não individualizava em sua generalização, mas sim, possuía uma tecnologia do corpo social, que é uma prática social que valoriza as relações médico-paciente. Essa nova concepção de medicina, até o final do século XIX, relacionou-se com o capitalismo e externou sua nova faceta, qual seja, a medicina como uma estratégia biopolítica. Isso porque o controle da sociedade sobre os indivíduos não se dá de forma simples somente pelo campo da ideologia, mas no campo do corpo, do cuidado corporal e no meio biológico, em um contexto em que a mão de obra era essencial para os meios de produção nesse período e, assim, o sistema capitalista investiu na medicina como uma estratégia (FOUCAULT, 1979).

Entre os diversos paradigmas explicativos para os problemas de saúde, em meados do século XIX predominava a teoria miasmática, a qual estava relacionada com o aspecto de insalubridade e origens das doenças de algo que ainda não era conhecido. A sociedade acreditava que esses miasmas eram provenientes da sujeira localizada nas cidades sem saneamento e que poderiam provocar enfermidades por meio de sua dissipação pelo ar. Dessa forma, isso conseguia responder às importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquele momento histórico (SUSSER, 1998).

Segundo Wedding e Margarete (2014, p. 265): “Cultura refere-se a crenças, valores, estruturas sociais, expectativas comportamentais situacionais, linguagem e tecnologia compartilhados por determinado grupo de pessoas”. Essas características perduram por um tempo indeterminado dentro de um grupo, porém, elas podem sofrer modificações com o passar das gerações.

Dentro do campo da saúde, o serviço mais competente é aquele que consegue conciliar as diferenças culturais de um grupo ou sociedade com a prática médica, sem deixar que as relações médico-paciente sejam quebradas ou enfraquecidas. Para isso, os profissionais de saúde devem ter uma boa compreensão da sociedade em que ele está promovendo a saúde, estabelecer uma comunicação compreensível e efetiva, fazendo uso do respeito e confiança mútua como ferramenta para o cuidado dos indivíduos (WEDDING, 2014).

Dessa forma, percebe-se a importância do conhecimento dos aspectos e desafios sociológicos presentes na sociedade ou em grupo.

No Brasil, a política de saúde pública foi construída a partir da Constituição de 1988, por meio de um sistema que seria único e atenderia a população de forma integral, universal e com equidade: o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, no início de sua implementação, o SUS passou por algumas implicações para atender a população como rege seus princípios básicos e, assim, mudou a assistência em saúde da população (BRASIL, 2002).

Além disso, a assistência de saúde no Brasil ainda conta com uma estratégia importante para estabelecer o modelo do SUS e reafirmar, ainda mais, os princípios básicos que o regem: a promoção de saúde. A política de promoção de saúde contribui para o cumprimento das promessas propostas durante a reforma sanitária que ocorreu no contexto da luta contra a ditadura militar, na década de 1970, e foi um importante movimento para tratar as ideias relacionadas a área da saúde (BRASIL, 2002).

Tendo em vista esse pressuposto, em 2000, ocorreu a 51ª Assembleia Mundial de Saúde, que ressaltou o compromisso da saúde como um direito fundamental de todo ser humano, colocando em pauta a importância entre saúde e preceitos éticos relacionados à equidade, à solidariedade e à justiça social (OPAS, 1998).

1 | ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A Inglaterra, no século XVIII, estava imersa em um contexto de violência do trabalho, sendo os operários sujeitos a condições insalubres de moradia. Assim, no ano de 1832, os bairros operários de Manchester e Londres foram tomados pela epidemia de cólera, sendo este um dos primeiros sinais alarmantes de saúde, fazendo com que os médicos passassem a se preocupar com as condições de vida e de trabalho da população pobre. Com o intuito de melhoria no campo da saúde, as fábricas, as moradias, as casas e os bairros onde os trabalhadores habitavam foram importantes fontes de pesquisas dos médicos que, posteriormente, formularam uma medida de impacto no progresso da qualidade de vida dessa sociedade, a saber, a Ideia Sanitária. Logo, essa pesquisa constituía relatórios que denunciavam as condições subumanas nas quais os homens eram submetidos ao trabalho, revelando às autoridades o que acontecia dentro das fábricas (BRESCIANI, 1986).

Para Bresciani (1986, p.28):

> O duplo sentido da Ideia Sanitária – físico e moral- define uma sociedade sã: sem doenças, sem crimes, sem revoltas ou revoluções. O reequacionamento da cidade com base na teoria dos fluidos – propiciar a circulação do ar, da água, da luz, das mercadorias e das pessoas exige um investimento razoável para ampliar a rede de esgotos e a de distribuição de água.

As cidades foram uma descoberta intrigante para o panorama de saúde no século

XIX pela grande concentração de pessoas e pestes que acometiam os indivíduos. Nesse contexto, com a necessidade de buscar explicações das frequentes causas de surtos e epidemias, os médicos conseguiram diagnosticar na pobreza, a etiologia dos males e começaram a traçar as principais medidas para erradicar os problemas que assolavam a população, tendo como objeto de estudo, as cidades. Com isso, diante da abordagem da sociedade, isto é, de um estudo e conhecimento sociológico, os ingleses concluíram que o custo financeiro das multidões de homens aglomerados seria menos vantajoso do que a consolidação de uma política preventiva. Com essa nova concepção, novas estratégias de saneamento foram estabelecidas para o controle de pragas que poderiam afligir os cidadãos (BRESCIANI, 1986).

Não obstante, no início do século XX, o Brasil passava por um panorama parecido ao da Inglaterra. As situações das cidades eram dramáticas. No Rio de Janeiro, a classe do proletariado era a que mais sofria com a questão subumana devido à grande miséria em que vivia, pois os trabalhadores eram submetidos a condições precárias de higiene e a qualidade da alimentação era péssima (BRESCIANI, 1986).

Nesse sentido, como o organismo dos doentes não tinha condições de responder às adversidades, muitas pestes tomaram conta da cidade e os médicos passaram a narrar a “marcha da epidemia”, propondo hipóteses sobre a causalidade das doenças que se manifestaram com tamanha gravidade na metrópole. Com a ocorrência frequente de casos das epidemias de varíola, e com o elevado número de casos de febre amarela e cólera, a população tradicionalmente contava com a ajuda de curandeiros e faziam uso de doses homeopáticas para tentar parar o avanço das doenças (CHALHOUB,1996).

Tendo em vista o quadro epidemiológico do Rio de Janeiro, Rouquayrol (2018, p.5) destaca que:

> Em 1904, uma lei federal instituiu a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola em todo o território nacional. Surgiu, então, um grande movimento popular no Rio de Janeiro, que ficou conhecido como a Revolta da Vacina. Foi um verdadeiro clamor. Muitos não aceitaram que as mulheres levantassem as mangas de suas blusas para receber a vacina de um desconhecido. Os políticos de oposição engrossaram as críticas contra o Estado e a agitação nas ruas tornou-se ainda mais intensa. Houve confronto entre populares e policiais, que culminou com a morte de um dos revoltosos. A população começou a tombar e incendiar bondes, espalhando a revolta por toda a cidade. Vários manifestantes, e até mesmo uma criança, foram mortos a bala. Rodrigues Alves e Oswaldo Cruz foram responsabilizados pelo motim. O confronto, que teve início no dia 10 de novembro, só terminou no dia 16 com a prisão dos líderes. O governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos.

O movimento popular no Rio de Janeiro foi importante para a barragem do avanço inicial da vacinação da varíola no Brasil. Dentre os principais fatores, o medo e o preconceito

da população diante da vacina eram primordiais para que isso tivesse ocorrido. As pessoas acreditavam que a vacinação não curava, mas iria produzir a doença, o que gerava uma baixa adesão da vacina pela sociedade e um grande obstáculo a ser enfrentado pelos médicos (CHALHOUB,1996).

2 I A SOCIEDADE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1 Cultura

Em outubro de 1804, chegou pela primeira vez, no Brasil, a vacina contra a varíola na cidade do Rio de Janeiro, trazida por um cirurgião militar de Portugal. Nesse contexto, o Vice-Rei Marques de Aguiar ordenou que os médicos, cirurgiões-mor e alguns militares iniciassem a vacinação no próprio palácio do governo. Começou assim, o início da vacinação no país (BARBOSA, 1909).

Dessa forma, como as autoridades perceberam uma melhora no panorama da epidemia de varíola, o governo estabeleceu uma decisão a favor da imunização e instituíram a vacinação como forma de prevenção da doença. Com isso, a sociedade aderiu às recomendações e a população se apresentou aos locais onde estavam sendo feitas as ações vacinais. Como consequência dessa afluência de pessoas aderidas ao movimento, em 1811, o governo fundou a *"Junta da Instituição Vaccinica",* um estabelecimento permanente e importante para a incrementação da medida profilática (BARBOSA, 1909).

Apesar da simpatia e do entusiasmo dos habitantes do Rio de Janeiro sobre o novo recurso profilático, a vacinação começou a deixar de ser praticada e, assim, diminuindo o progresso conquistado pelo governo. O principal motivo para tal fato foi a desconfiança dos efeitos da vacina. Em meados de 1822, existiu um médico, em Portugal, que contestou os efeitos da grande descoberta de Jenner, cientista que fez a descoberta da vacina da varíola, cujo médico excitava a população contra a prática da imunização, instituindo falsas e errôneas ideias sobre tal prática. Essa notícia acabou chegando ao Brasil, e trouxe consequências como a baixa adesão e a descrença da sociedade sobre a vacina (BARBOSA, 1909).

O resultado foi que o medo tomou conta da sociedade, o que fez com que ninguém comparecesse para os postos de vacinação, levando os profissionais da área da saúde a percorrer a residência das pessoas na esperança de convencê-las sobre as vantagens da imunização. Nessa tentativa, os moradores não se submeteram à vacina, argumentando que isso era dispensável, pois acreditavam que qualquer forma de intervenção na história natural da doença poderia ser algo prejudicial à saúde. Nesse sentido, as pessoas se

opuseram não somente à vacinação, mas também ao tratamento proposto pelos médicos. Esse fato, posteriormente, se solidificou na cultura do país como o desleixo e a descrença na área da saúde (CHALHOUB,1996).

2.2 Religião

A assistência em saúde, desde os primórdios da formação das sociedades, foi voltada para o contexto da cura e prevenção de doenças, o que era estritamente relacionado com as práticas religiosas. A vivência religiosa é um aspecto fundamental para uma grande parcela dos usuários do sistema de saúde, principalmente no enfrentamento do apoio para as famílias e pacientes em situações de crises e agravamento de moléstias. Além disso, os profissionais de saúde reconhecem essa importância da religião durante a elaboração de suas práticas, ajudando-os para uma melhor adesão das famílias e pacientes aos tratamentos propostos e auxiliando na promoção da saúde (VASCONCELOS, 2010).

Apesar das instituições religiosas terem papel importante para a promoção de saúde, existem alguns pontos onde isso não aconteceu. Como visto anteriormente, durante a contestação errônea do médico português, em 1822, as instituições religiosas tiveram uma considerável contribuição para o declínio da cobertura vacinal, instalando o medo na população.

Segundo Barbosa e Rezende (1909, p. 415):

> Por outro lado, [...] o clero, na sua maioria ignorante e mal-intencionado, excitava o povo contra a prática daquele precioso recurso de prophylaxia, proclamando que: tal invento era presente de Satan e que vinha perturbar à marcha da natureza e que a divindade infernal queria por este modo introduzir-se no corpo de suas religiosas e piedosas ovelhas para se apoderar de suas almas.

Com isso, a adesão da população foi diminuída e a epidemia de varíola voltou a se disseminar rapidamente. Em uma tentativa de retardar todo esse processo, os médicos procuravam muitas alternativas para tentar convencer a população e, uma delas, era levar informações para dentro das igrejas. Esses profissionais necessitavam de ajuda do pároco responsável pela instituição religiosa para a divulgação dessas informações no povoado, a respeito da importância da vacinação. Vários editais foram colocados nas portas das igrejas e em locais públicos, além de algumas intervenções que os médicos faziam durante a celebração das missas numa tentativa de conscientização da sociedade sobre tal profilaxia (CHALHOUB,1996).

3 I PANOMORA ATUAL: MOVIMENTO ANTIVACINA

Como visto anteriormente, os primeiros relatos de vacina no Brasil começaram a ser adotadas em novembro de 1804, porém, o assunto obteve maior impacto durante a Revolta

da Vacina, em 1904.

O surgimento de grupos chamados antivacinacionistas, eram compostos por figuras com aversão à vacinação e seus benefícios. Atualmente, no século XXI, composto por classes sociais mais privilegiadas, ou seja, pessoas que têm acesso a tratamentos de saúde de diferentes formas, como a homeopatia e a antroposofia (medicina ligada à espiritualidade), introduzem a alimentação saudável como forma suficiente para manter a saúde. Para explicar a não vacinação, esses grupos e classes sociais fazem uso da filosofia, do medo e de motivos religiosos como base para sustentar suas ideias, isto é, a sua ideologia (SHIMIZU, 2018).

Como exemplo disso, no ano de 1998, o movimento antivacina se fortaleceu após um artigo fraudulento ter sido publicado em uma revista britânica “The Lancet”, que fazia uma correlação com a vacina tríplice viral com a Síndrome do Espectro Autista. Essa ideia foi descartada posteriormente, comprovada por meio de estudos. Porém, o dano de uma informação veiculada errada fomentou os ideais radicais desses grupos, sendo que, até a atualidade, os boatos dessa relação perduram até os dias de hoje (SHIMIZU, 2018).

Shimizu (2018, p. 89) reitera que:

> Embora o Movimento Antivacina seja considerado pequeno no Brasil e não se possa estabelecer uma relação direta de causa e efeito, a adesão a esses grupos preocupa o Ministério da Saúde à medida que se percebeu uma queda no índice de cobertura de alguns imunizantes oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2016, apenas 76,7% da população tomou a segunda dose da vacina tríplice viral, quando a meta estipulada era de 95%. Naquele ano, houve surto de caxumba no país, e registrou-se a menor taxa de vacinação contra a poliomielite em 12 anos – doença erradicada do Brasil desde 1994 - com uma cobertura de apenas 84%. (BRASIL, 2017) Segundo dados divulgados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) na mídia, o ano de 2017 teve o menor índice, em 16 anos, de cobertura vacinal em crianças; 312 cidades tiveram baixa cobertura contra a poliomielite, o que pode provocar a reintrodução do vírus no país; e estados como o Amazonas e Roraima sofrem com surtos de sarampo.

Como outro exemplo de movimento antivacina, em 2020, a doença causada pelo coronavírus (Sars-Cov-2) fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS)decretasse pandemia, devido ao seu aumento global de disseminação. Desde seu início, com o auxílio dos sistemas de informação, como a internet, as informações sobre vacinas e efeitos colaterais e suas implicações foram muito disseminadas pela mídia, criando uma epidemia de falsas e verdadeiras informações, chamada infodemia (OPAS,2020).

Aliada à infodemia, a desinformação corroborou para que a promoção de saúde fosse comprometida durante a pandemia. Segundo Organização Panamericana de Saúde (2020, p.2):

> Desinformação é uma informação falsa ou imprecisa cuja intenção deliberada é enganar. No contexto da pandemia atual, pode afetar profundamente todos os aspectos da vida e, mais especificamente, a saúde mental das pessoas, pois a busca por atualizações sobre a COVID-19 na Internet cresceu de 50% a 70% em todas as gerações. Em uma pandemia, a desinformação pode prejudicar a saúde humana. Muitas histórias falsas ou enganosas são inventadas e compartilhadas sem que se verifique a fonte nem a qualidade. Grande parte dessas desinformações se baseia em teorias conspiratórias; algumas inserem elementos dessas teorias em um discurso que parece convencional. Estão circulando informações imprecisas e falsas sobre todos os aspectos da doença: como o vírus se originou, a causa, o tratamento e o mecanismo de propagação. A desinformação pode circular e ser absorvida muito rapidamente, mudando o comportamento das pessoas e possivelmente levando-as a correr riscos maiores. Tudo isso torna a pandemia muito mais grave, afetando mais pessoas e comprometendo o alcance e a sustentabilidade do sistema global de saúde.

O SUS tem como uma das principais características a promoção de saúde, que é estabelecida como uma estratégia para orientar sobre a saúde em um contexto individual e coletivo acerca das necessidades e melhorias da saúde da população brasileira. Diante disso, como forma de contribuir para barrar as desinformações que surgiram durante a pandemia, as chamadas "*Fakes News"*, o Ministério da Saúde construiu um canal de comunicação mais próxima da sociedade. Esse serviço, "Saúde sem *Fake News"*, permite que qualquer cidadão possa, gratuitamente, por meio do "*WhatsApp"*, confirmar notícias com profissionais de saúde e saber se um texto ou imagem que circula nas redes sociais é verdadeiro ou falso. É uma ferramenta importante para desmascarar notícias falsas e reforçar as verdadeiras (BRASIL, 2018).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o exposto, conclui-se que tanto a promoção de saúde, quanto a formação médica é comprometida, historicamente, por fatores intrínsecos à construção social. Essa constatação revela, portanto, a importância dos estudos, das análises e do conhecimento de uma sociedade ou de um grupo, em seus aspectos e desafios sociológicos. Isso torna-se evidente ao analisar o contexto do século XIX, em que, inicialmente, com o surgimento da vacina, o governo e a população se empenharam para a disseminação da imunização e, assim, barrar o avanço da epidemia de varíola que assolava o país. Apesar desses esforços, aproximadamente duas décadas do aparecimento do imunizante, informações errôneas vindas de Portugal sobre a vacinação se espalhou no Rio de Janeiro, fazendo com que a população recusasse com o plano de imunização e, como consequência, elevando os prejuízos para saúde das pessoas com o aumento de casos da doença.

Diante disso, além de contribuir para a baixa adesão à vacinação, esse contexto

corroborou para o início do movimento antivacina que era contrário à imunização e utilizavam de interpretações radicais da filosofia, religião ou da própria ciência para justificar a aversão às vacinas.

Passados cem anos desses fatos, em 2020, com a expansão da epidemia de COVID-19, a OMS decretou pandemia e, como forma de evitar a disseminação da doença, solicitou que a população mantivesse quarentena. Como a maior parte das pessoas permaneceu em suas casas, as principais fontes de informações foram oriundas das mídias digitais, que trazem incontáveis notícias atualizadas, ou não, a todo momento.

Dessa forma, a disseminação de notícias falsas foi um importante acontecimento para que a promoção de saúde, que é um aspecto essencial do SUS, não fosse totalmente efetiva. Dentre as principais informações que foram compartilhadas, os adeptos ao movimento antivacina puderam fomentar, cada vez mais, a não vacinação, usando de ideias sensacionalistas para o convencimento da sociedade.

Todavia, apesar do movimento antivacina, percebe-se, atualmente, movimentos contrários a esse, de oposição, ou seja, a favor e em defesa das vacinas. Esses movimentos são organizados e divulgados pelas mídias por vários e diversos segmentos da sociedade.

Logo, o profissional da saúde tem um papel transformador na sociedade e deve atuar como um educador e promotor da saúde, observando os determinantes sociais, auxiliando na busca de informações confiáveis e adequadas por meio de uso de tecnologias leves.

REFERÊNCIAS

ARANTES, R. et.al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista de APS**, v. 11, n. 2, p. 189-198, jun. 2008.

BARBOSA, Placido; REZENDE, Cassio Barbosa. **Os Serviços de Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Ministério da Saúde lança serviço de combate à Fake News**. [S.l.: s.n.]. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/agosto/ministerio-da-saude-lanca-servico-de-combate-a-fake-news. Acesso em: 1 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRESCIANI, Maria Stella Martins. Lógica e dissonância sociedade de trabalho: trabalho, lei, ciência, disciplina e resistência operária. **Revista Brasileira de História**, v.6, n. 11, p.7-44, fev. 1986.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 250 p.

CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA, 25, 1998 Washington. **Resoluções da 51ª Assembleia Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Regional**. Washingotn: [s.n.], 1988. 18 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal,1984. 111 p.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. 341 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19.** [S.I.: s.n.], 2020. 5p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=16. Acesso em: 1 jun. 2022.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, J.C. França. **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia e Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. 752 p.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova**: Da Crítica da Geografia a uma Geografia Crítica. 6. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. 285 p.

SHIMIZU, Natiely Rallo. Movimento antivacina: a memória funcionando no/pelo (per)curso dos sentidos e dos sujeitos na sociedade e urbana. **Revista do EDICC**, v.5, n.1, p. 87-97, out. 2018.

SUSSER, M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? **J Epidemiol Community Health**, n. 52, p. 608-611, 1998.

TEIXEIRA, Elisângela Nogueira. **Metáforas para linguagem no Curso de Saussure**. 2003. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos**. Revista Eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, v. 4, n. 3, p. 12-18, 2010.

WEDDING, Danny; MARGARET, L. Stuber. **Medicina Comportamental**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2014. 343 p.

DIFICULDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA

Data de aceite: 17/11/2022

Victória Franco Silva
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Ana Luiza Oliveira Caixeta
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Isadora Pelet Ribeiro
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Lucas Ribeiro Marques Campos de Oliveira
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Saúde é um direito humano que deve ser garantido constitucionalmente a todas as pessoas, sendo um dos melhores recursos quando a análise é o desenvolvimento social, econômico e pessoal, consequentemente um dos fatores mais importantes para se ter uma alta qualidade de vida. Desse modo, dizer que a saúde está sendo promovida, pode ser relacionado diretamente com a promoção da qualidade de vida às pessoas.

O termo ‘’promoção da saúde’’ foi discutido na Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, a qual foi realizada em Ottawa, Canadá em novembro de 1986, com objetivo de atingir a saúde para todos no ano 2000 e nos anos sequentes em resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública que conseguisse incluir uma maior participação social. Logo, a promoção da saúde vem sendo entendida nos últimos 20 anos como uma estratégia para enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam a sociedade e seu entorno. (BUSS, Paulo; 2000).

A saúde mental tem sido um tema bastante tratado no século XXI, que por décadas o atendimento às pessoas com distúrbios psicológicos eram ligadas ao modelo hospitalocêntrico, cujo tratamento era baseado em internações e

medicamentos, afastando o paciente de sua família e de seu convívio social, negligenciando o cuidado ao ser humano (JORGE, 2009). Relacionado a ela também vem sendo falado sobre a promoção da saúde mental, a qual é extremamente importante uma vez que as doenças mais prevalentes do século são aquelas relacionadas ao psicológico, necessitando assim um maior cuidado e uma maior atenção tanto da sociedade quanto do sistema de saúde a esse fator.

Diante do exposto, este capítulo abordará a importância da promoção da saúde dos acadêmicos, uma vez que cada vez mais jovens estão tendo acesso ao Ensino Superior. Sabe-se que as exigências dessa etapa na vida dos graduandos, principalmente daqueles que fazem parte da área da saúde demandam um grande ajuste na rotina e no psicológico, no início da graduação pela dificuldade de adaptação ao novo ambiente e novas relações interpessoais e ao final do curso pela tensão a respeito da conclusão do curso e entrada no mercado de trabalho (MURAKAMI, 2019). Sendo assim, tudo isso causa um estresse intenso para o acadêmico que em grande parte das vezes é esquecido, visto como aqueles que não precisam de ajuda por serem ''jovens e saudáveis''. Porém, atualmente percebe-se que esse grupo populacional são os que mais precisam de ajuda de profissionais relacionados à promoção da saúde mental, como prevenção de distúrbios mentais mais difíceis de serem controlados.

Portanto, a promoção da saúde mental de acadêmicos é um tema relevante a ser discutido e tratado, visto que ainda há muito preconceito quando se relaciona esses dois termos: saúde mental e jovens. Sendo assim, eles também devem ser escutados e apoiados pelos familiares e pelo grupo social os quais estão inseridos (BUZELI, 2012). Os sentimentos, quando não são expressados tendem a afetar mais cedo ou mais tarde o bem estar físico e mental das pessoas podendo levar a um quadro muito mais intenso que poderia por meio da promoção da saúde ser evitado por ações simples envolvendo o contexto social e o sistema de saúde.

1 I FATORES QUE INFLUENCIAM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde supõe uma concepção que não restringe a saúde a apenas a ausência de doença, é um conceito muito amplo que abrange diversas esferas que envolvam a educação, o lazer, o trabalho, o meio ambiente o acesso aos bens, entre outros fatores que juntos garantem uma boa qualidade de vida ao indivíduo. Além disso, para que a promoção da saúde alcance seus objetivos de melhorar os determinantes sociais, há a necessidade de uma ação conjunta com setores de saúde, econômicos, governamentais, sociais , organizações voluntárias, para que possam assim promover ações que levariam ao alcance da equidade, na garantia de igualdade e recursos da saúde (CONASS, 2016).

Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde contempla 5 campos de ação, sendo eles a implementação de políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e saudáveis e a reorientação de serviços de saúde. Desse modo, atuar nesses 5 campos de ação é um dos focos da promoção da saúde, objetivando diminuir as diferenças no estado de saúde e assegurar recursos e oportunidades igualitárias para o alcance do potencial de saúde, contribuindo para uma diminuição na incidência de doenças mais prevalentes na população.

No entanto, a saúde mesmo com todas as definições preconizadas, é produzida socialmente e sofre intensa influência cultural, sendo ela determinada por vários fatores, biológicos, ambientais, sociais e econômicos (BYDLOWSKI, 2004.). O modelo hospitalocêntrico, no qual saúde significa não estar doente, mesmo que esteja antiquado, visto que a atenção atualmente é voltada para a pessoa ao invés da doença, ainda conta com grande apoio social. Muitas vezes a população exige uma solução rápida da atenção hospitalar como sendo a única alternativa para a resolução dos problemas de saúde. Isso deve-se ao fato da população estar inserida na cultura do imediatismo, principalmente os mais jovens, na qual tudo deve ser resolvido de forma instantânea, e caso isso não ocorra, há o surgimento do sentimento de frustração na maioria das pessoas. Porém, a promoção da saúde não possui o objetivo de tratar a doença de forma imediata, mas sim preveni-la a longo prazo e as possíveis consequências que poderiam ser evitadas por meio de simples ações (BRASIL, 2002).

Desta maneira, a promoção da saúde deve ser um trabalho em diversos setores, principalmente quando se fala do conhecimento populacional sobre esse novo modelo de tratamento da pessoa. Deve-se sempre orientar sobre os cuidados com a saúde e os benefícios que eles podem trazer além da qualidade de vida que será proporcionada. Tudo isso possui o objetivo de acabar com o conceito de que é importante tratar a doença somente quando ela surgir e não de prevenir o aparecimento dessas enfermidades.

2 I IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE UNIVERSITÁRIOS

Analisando a classe acadêmica, pode-se perceber que parte dos alunos apresentam fatores relacionados a ideação suicida, como uso de álcool e tabaco e outras drogas além de tentativa de suicídio (VELOSO, 2019). Assim, é compreendido que as referidas situações são intempéries de amplo espectro para a nossa sociedade, já que os problemas vivenciados principalmente pelos estudantes durante a faculdade, geram problemas psicológicos, físicos e sociais.

Os universitários, sendo o grupo em suma maioria composto por jovens, apresentam

mudanças fisiológicas decorrentes do desenvolvimento, além de que ao se infiltrarem em um novo ambiente, como a faculdade, eles também passam por alterações sociais e culturais. Dessa forma, é possível entender que o estilo de vida da população selecionada é influenciado, além de esse novo padrão os deixarão vulneráveis às práticas com maior risco à saúde. Assim, é extremamente importante englobar a saúde como um complexo de várias áreas da vida, buscando sempre a promover buscando adotar programas educativos em saúde, visando a um estilo de vida mais saudável. (CREPALDI, 2016).

Nesse viés, é possível ressaltar que seria considerável a implantação de projetos para levar informações sobre a importância de se promover adequadamente a saúde, contemplando ações de apoio mental, físico e também a saúde acadêmica (VELOSO, 2019). Também, seria esplêndido aplicar estratégias para que sejam levados adequadamente acompanhamentos com psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeiros e entre outros profissionais aos estudantes universitários com a finalidade de contribuir para a saúde como um todo.

3 | TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA

Durante toda a vida, é natural que o ser humano passe por inúmeros marcos e vença várias dificuldades. Dessa forma, é possível se lembrar de várias etapas: a primeira vez que andou e falou, quando entrou na escola, aprendeu a ler e escrever, andou de bicicleta sem rodinhas, a primeira festa, primeiras provas... assim, é a partir desse momento que aqueles estudantes que desejam realizar um ensino superior, começam a se preparar para o vestibular. Então é iniciada uma nova fase, com grande sonho, criação de expectativas e grande pressão para conquistar uma vaga para o curso desejado.

Logo, quando esse estudante entra na universidade e curso almejados, o que se espera é que essas esperanças sejam alcançadas. Porém, na prática, é muito mais do que se costuma imaginar. Tendo como referência a vida de um calouro de medicina, geralmente muitos podem mudar de cidade, gerar maior independência, ficar longe dos pais, mas, na maioria dos alunos haverá uma mudança de rotina (CREPALDI, 2016). O egresso em medicina em si demanda muito do estudante: alta carga horária, muitas horas de estudo complementar, responsabilidade por estar se formando para cuidar de vidas, algumas abdicações, entre outros. Nesse viés, infelizmente, é encontrado na maioria dos estudantes o sentimento de “pressão”.

Dessa forma, encontra-se um problema que ainda não é muito abordado, porém é de suma importância: os transtornos mentais em acadêmicos, falando neste capítulo principalmente sobre os estudantes do curso de medicina. Os Transtornos Mentais Comuns são constituídos por sintomas não psicóticos, dentre eles, pode-se citar a dificuldade em

se concentrar e tomar decisões, irritabilidade, sonolência, fadiga, insônia, esquecimento e também queixas somáticas, como cefaleia, tremores, entre outros (FERREIRA, 2016).

Logo, alguns estudos objetivaram analisar egressos de medicina e verificar a prevalência dos citados transtornos dentre os estudantes. Assim, analisando um estudo da Universidade Regional de Blumenau, foi obtido um resultado em 340 alunos, sendo encontrados em suma maioria acadêmicos descrevendo alta carga horária, uso de drogas ilícitas, consumo de álcool e tabaco nos últimos três meses, além de que grande parte se encontrava em casos de alta cobrança e pressão social e familiar e também de professores e profissionais da área (GRETHER, 2020). Sendo assim, com a análise de vários outros questionamentos, concluiu-se que há grande prevalência de casos suspeitos de Transtornos Mentais Comuns na população estudada em comparação aos resultados de outros estudantes do curso de Medicina brasileiros e do que os da população geral (GRETHER, 2020).

4 | PROMOÇÃO DA SAÚDE X TRANSTORNOS MENTAIS

A qualidade de vida e a saúde são temas que desde o século XVIII até o presente século XXI, estão sendo debatidas em conjunto e são intimamente ligadas, uma vez que, as condições sociais nas quais o indivíduo está inserido afetam diretamente ambos os conceitos. Pois no âmbito que trata qualidade de vida, condições sociais e econômicas e todo o entorno afetam potencialmente o indivíduo (BUSS, Paulo; 2000). Sendo assim, cada vez mais cedo, os jovens estão indo em busca de melhorar suas condições socioeconômicas e transformar sua vida, e para que isso ocorra muitas vezes deixam sua promoção da saúde de lado.

Como a cada dia que passa a sociedade exige que sejamos melhores em todos os âmbitos, principalmente na medicina - área a qual a maioria opta - os jovens são obrigados a seguir rotinas exaustivas de estudo e trabalho, dentro e fora do âmbito acadêmico o que leva a uma rápida deterioração da saúde mental e física dos estudantes em decorrência do estresse ao qual são submetidos diariamente (MURAKAMI, 2019).

O ambiente das faculdades de medicina são extremamente desgastantes, e associado a rotina dentro das instituições de saúde, torna-se por vezes até nocivo à saúde dos acadêmicos. A carga horária excessiva associada a pressão vinda de todos os lados tem gerado consequências graves e por muitas vezes silenciadas. Entretanto, a seriedade do assunto fez com que ele tenha começado a tomar destaque e a importância devida. A saúde mental dos estudantes de medicina vem sendo estudada e tem-se verificado a grande prevalência entre eles de Transtornos Psiquiátricos Menores, que também são chamados de Transtornos Mentais Comuns (TMC). (FERREIRA, 2016)

As TMCs trazem consigo uma vasta gama de sintomas não psicóticos, e são extremamente prejudiciais à saúde dos indivíduos, a qualidade de vida e as relações pessoais que estes necessitam para viver, e ainda prejudicam a capacidade de aprendizado dos estudantes, além de que, o agravamento das TMCs pode levar ao desenvolvimento doenças mentais. Tais agravamentos somados podem levar a depressão e a até mesmo ao suicídio, última consequência essa que tem grande destaque entre os acadêmicos de Medicina, visto que a taxa de suicídio entre eles é uma das maiores entre estudantes de todas as outras graduações. (FERREIRA, 2016)

Sendo assim, tem-se que as consequências da não promoção da saúde e da falta de cuidado em si entre os acadêmicos de medicina principalmente, pode levar a graves desdobramentos, prejudicando até mesmo que eles consigam concluir os cursos ou seguir com a carreira que escolheram.

5 I ESTRATÉGIAS PARA REALIZAR A PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCLUSÃO

A busca pela melhora da qualidade de vida tem feito com que cada vez mais jovens alcancem o sonho do ingresso às universidades, e tem feito com que muitos escolham a área da saúde, em específico a medicina. Mas, como se tem exposto neste capítulo, as rotinas exaustivas têm feito com que os acadêmicos apresentem cada vez mais transtornos psicológicos e físicos, o que os prejudica de forma significativa em todos os âmbitos. Dessa forma, a melhor estratégia é aplicar na prática, consigo mesmo, o que tanto é estudado, a promoção de saúde.

Sendo assim, algumas táticas podem ser adotadas para tentar melhorar a qualidade de vida em saúde. E para isso as universidades têm papel fundamental, entre eles criar espaços para que os estudantes sejam ouvidos e acolhidos, de maneira a identificar os fatores que causem sofrimento psicológico, promovendo saúde mental, tratando aqueles já adoecidos e ainda prevenindo que mais acadêmicos venham a desenvolver problemas mentais e físicos devido ao estresse ao qual estão expostos. (ALBUQUERQUE, 2021)

Dessa forma uma boa estratégia é a criação e a implementação de Terapias Comunitárias (TC) no âmbito acadêmico. A TC foi criada no Brasil em 1987, pelo psiquiatra Adalberto Barreto, professor da Universidade Federal do Ceará, afim de suprir as necessidades de outra população que não a acadêmica, entretanto, devido a sua eficácia foi implementada nesse contexto a fim de amparar os que necessitam dela. Uma TC é nada mais que uma roda de terapia comunitária, onde se pratica o cuidado à saúde em grupo, sendo um lugar de escuta, acolhimento e partilha dos problemas do cotidiano que podem levar ao desenvolvimento de problemas psicológicos. (BUZELI, 2012)

Entretanto, apesar das TC serem consolidadas como uma das práticas integrativas

e complementares em saúde no Brasil, e mostrarem eficácia em outros setores da sociedade, os estudos acerca da sua implementação no âmbito acadêmico ainda estão escassos (ALBUQUERQUE, 2021). Porém, em algumas pesquisas a estratégia se mostrou benéfica na busca pela promoção de saúde dos estudantes, por não mais estar centrada no modelo medicalizado, e sim nas relações interpessoais que são formadas. (BUZELI, 2012)

Portanto, tem-se que a promoção de saúde, principalmente a mental, é assunto de suma importância no que tange a qualidade de vida da sociedade, principalmente daqueles que serão o futuro desta e estão responsáveis pelo cuidado das gerações anteriores. De tal maneira, estratégias como essa demonstram que são capazes de auxiliar os acadêmicos na busca da própria promoção de saúde, uma vez que assim conseguirão se tornar melhores profissionais, capazes de compreender a importância de se cuidar e promover o cuidado a saúde física e mental de maneira mais empática e humanizada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Roberto Nascimento. "Terapia Comunitária Integrativa Como Estratégia de Promoção da Saúde nas Universidades". **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, Paulo. ''Promoção da saúde e qualidade de vida''. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2000.

BUZELI, Cintia; et al. ''Promoção da Saúde de Estudantes Universitários: contribuições da Terapia comunitária''. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 2012.

BYDLOWSKI, Cynthia; WESTPHAL, Márcia; PEREIRA, Isabel. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, 2004.

CARLETO, Cíntia Tavares et al. Saúde e qualidade de vida de universitários da área da saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 1, p. 53-63, 2019.

CARTA de Ottawa, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>.

CONASS. **Promoção da Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.

CREPALDI, Barbara Virginia Caixeta et al. Elevada prevalência de fatores de risco para doenças crônicas entre universitários. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 135-143, 2016.

FERREIRA, Carlos Magno Guimarães; KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; CORDEIRO, Tatiana Menezes Garcia. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em estudantes de medicina: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, p. 268-277, 2016.

GRETHER, Eduardo Otávio et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da universidade regional de Blumenau (SC). **Revista brasileira de educação médica**, v. 43, p. 276-285, 2020.

JORGE, Maria; et al. ‘’Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

MURAKAMI, Karolina; et al. “Estresse psicológico em estudantes de cursos de graduação da área da saúde: subsídios para promoção de saúde mental”. **Revista de Medicina**, vol. 98, 2019.

VELOSO, Lorena Uchoa Portela et al. Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

CAPÍTULO 11

DIFICULDADES ENFRENTADAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS

Data de aceite: 17/11/2022

Juliana Alves Rodrigues
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Maria Eduarda Silva Lima Verde Santos
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Ana Cecília Cardoso de Sousa
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Flávio Rocha Gil
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Em 1988, a Constituição Federal, garantiu o acesso universal e integral de todos os cidadãos ao Sistema Único de Saúde (SUS), tornando a saúde um direito primordial de toda a população. É imprescindível que a construção do SUS seja feita a partir de reivindicações de diversos setores sociais, sendo assim, atendidas as necessidades específicas da sociedade como um todo. Desse modo, é de extrema importância a participação de diversos usuários do SUS para possibilitar uma melhor gestão das políticas públicas voltadas para a saúde, marcadas pelas necessidades reais de cada indivíduo (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020).

Segundo o médico Emerson Elias Merphy, o SUS, seria constituído de diversas tensões que o coloca em uma posição de permanentes disputas sociais, pautadas por diferentes temáticas. Historicamente o Brasil é marcado por diversas lutas, com o intuito de diminuir a desigualdade social e a marginalização de uma parcela da população, fazendo com que os diferentes grupos sociais sejam considerados importantes. A população trans ainda está em estado de vulnerabilidade, vítima da marginalização e exclusão social. Essa minoria, enfrenta empecilhos no acesso à saúde, direito fundamental segundo a Carta Magna (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020).

A discriminação se evidencia como um desafio no acesso das pessoas trans a saúde, uma vez que os sentimentos de tristeza e angustia frente a esse preconceito dentro do serviço de saúde, repercute no abandono do processo terapêutico e na ínfima busca por centros de saúde quando necessário. A precariedade de informações e a falta de mensurabilidade das adversidades enfrentadas por esse grupo, dificultam o tratamento adequado e efetivo dessa parcela populacional (GOMES et al., 2018).

Todavia, o engrandecimento das ações transformadoras (atendimentos humanizados, difusão de informações sobre a transexualidade, realização de políticas públicas efetivas, capacitação dos profissionais da área da saúde, redirecionamento dos serviços de saúde e assim por diante), é prejudicado devido a complexa estrutura de organização dos sistemas socioculturais, como as noções preconceituosas individuais e grupais sobre o outro e por valores hegemônicos no imaginário coletivo dos sujeitos que deveriam participar ativamente da promoção do acesso e da qualidade dos serviços de saúde para essa população marginalizada (GOMES et al., 2018).

Por fim, certos saberes introdutórios sobre sexo biológico, identidade de gênero, orientação sexual e a sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) são necessários. A não identificação psicossocial com o sexo biológico (determinado como o conjunto de características biológicas apresentadas após o nascimento, levando em consideração a composição corporal, os cromossomos, a genitália, entre outros fatores), define indivíduos como transgêneros. Essa percepção desconcordante, pode acontecer desde a fase infantil até a fase adulta, estando presente nas mais variadas formas de conjunturas sociais. O longo processo de restauração do gênero desses cidadãos abrange várias dimensões, tal como, parentais, jurídicas, psicológicas e físicas (MORAES, 2018; WINTER et al., 2016).

A identidade de gênero, diz respeito à percepção que a pessoa tem dela mesma, como homem ou mulher, como uma mescla dos dois, como nenhum dos dois, ou como uma percepção que transcende os dois; a orientação sexual refere-se à atração que a pessoa sente por outro indivíduo, sendo independente da identidade de gênero; e o acrônimo LGBT ou LGBTTT é utilizado para referir-se à comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais e Travestis. O certame sobre esse movimento progrediu e nos dias atuais a sigla mais aceita é LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros (Transexuais e Travestis), Queer, Intersexos, Assexuais e demais haveres de identidades de gênero e orientações sexuais) (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

CONTEXTO HISTÓRICO

Os movimentos sociais em defesa dos grupos excluídos historicamente, no final

dos anos 70, demonstram como um dos marcos que inicia a luta LGBT, com o intuito de atender as necessidades específicas desse grupo e assegurar um atendimento médico de qualidade, com uma adequada promoção, prevenção e educação em saúde, devido a epidemia de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana), que resultou no estigma da íntima relação dessa enfermidade com a sexualidade. Nesse sentido, essas lutas civis procuram garantir uma visão mais abrangente da saúde desse grupo, como um modo de demonstrar a importância do contexto no qual o indivíduo está inserido com o seu processo de saúde e doença, uma vez que o conceito de saúde não abrange somente os aspectos biológicos que norteiam uma população (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

A luta pelos direitos e pela visibilidade social da população transexual no Brasil, fomentou a criação de políticas afirmativas que melhor promovessem o reconhecimento da cidadania dessa população, o que possibilitou ações governamentais voltadas para um cuidado mais integral e para a regulamentação das diretrizes que norteiam o processo transexualizador. Embora essas normas tenham demonstrado importância no reconhecimento da população LGBT como sujeito social, a efetivação dessas medidas não ocorre de modo satisfatório devido ao estigma relacionado a esse grupo (JESUS; RADL-PHILIPP, 2019).

A prevalência da lógica binária na sociedade e no Estado, a qual utiliza de conceitos biológicos para definir os gêneros, masculino e feminino, como únicos e universais, faz com que não haja uma garantia da eficácia do atendimento das necessidades específicas da população trans, uma vez que sua identidade é constantemente invisibilizada. Diante dessa recusa de legitimar as identidades que não se adequam a essa binaridade, os meios sociais e políticos, atuam como violador da integridade física e simbólica na construção subjetiva da individualidade das pessoas trans (GUTIERRES; LORDELLO, 2020).

Desse modo, a discriminação sofrida por esse grupo nos serviços de saúde, dificulta o acesso dessa população a assistência médica e promove a pouca permanência nos projetos terapêuticos, contribuindo, assim, para uma maior vulnerabilidade a diversas doenças, haja vista que essa parcela populacional possui uma combinação de fatores de risco, como: transformações corporais sem assistência médica adequada, violência e estigma. Concomitante a isso, a formação deficitária dos profissionais de saúde, repercute em um atendimento pouco humanizado dessa população e ao não respeito às identidades de gênero, o que contribui para um acesso precário e não integral aos serviços de saúde (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

DISSERTAÇÃO SOBRE TRANSGENERIDADE E SUAS DERIVAÇÕES

O guia técnico escrito pela autora transgênero Jaqueline de Jesus (2012), denominado

Orientações Sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos, estabelece o significado de transgeneridade e os vocábulos provenientes dessa palavra. Segundo ela, adotando-se a variedade de maneiras de se vivenciar o gênero, duas percepções cabem no universo transgênero, na qualidade de enunciações diversas da condição. O gênero pode ser vivenciado como identidade (o que designa transexuais e travestis) e como funcionalidade (retratado por *crossdressers, drag queens, drag kings* e transformistas). Existem ainda, as pessoas que não se identificam com nenhum gênero. No Brasil, ainda não se estabeleceu um acordo de como designá-las. Há, portanto, a utilização de vários termos, como *queer*, andrógino (denominação antiga) ou ainda o reuso da palavra transgênero (FERNANDES; BORGES; LÔBO, 2017).

O termo transgênero está em contraste com o termo cisgênero, o qual caracteriza seres humanos que se identificam com o gênero de nascença. A transexualidade é estabelecida pela identificação com o gênero contrário ao socialmente atribuído, não dependendo, portanto, das modificações corporais realizadas dentro desse âmbito. Atualmente, alguns cidadãos que fazem uso do termo travesti, constantemente estão se referindo a transexuais. A travestilidade, retrata as pessoas que possuem atribuições socioculturais do gênero feminino (à vista disso, devem sempre serem tratadas por pronomes femininos), porém não se percebem como homens ou como mulheres, mas, sim como pessoas inseridas em um outro gênero ou um não gênero. De modo final, os termos *Queer* ou Andrógino ou Transgênero são termos não admitidos, os quais fazem menção ao indivíduo que não se encaixa em nenhuma identidade de gênero (FERNANDES; BORGES; LÔBO, 2017).

Em consideração aos expostos supracitados, o debate sobre o que é gênero, faz-se de suma importância para que possamos desmitificar a convicção supremacista acerca das identidades de gênero e as sexualidades trans. A agremiação entre feminilidade e masculinidade não é óbvia. Existe um debate sociocultural no que diz respeito a quem pode ser acolhido ou não como homem e como mulher de verdade. Consequentemente, a concretização dessa disputa reverbera seus efeitos negativos nas mais diversas políticas públicas, principalmente aquelas voltadas para a saúde. Nesse sentido, homens e mulheres trans, com suas individualidades, necessitam que o Estado e os serviços de saúde pública forneçam um tratamento equânime, com assistência especializada e que atendam todas as suas necessidades, tanto físicas quanto psíquicas, além dos demais vieses, culturais, econômicos, políticos e sociais (ROCON et al., 2018).

FORMAÇÃO MÉDICA DEFICITÁRIA

Universalidade, Integralidade e Equidade. De acordo com os princípios doutrinários

do Sistema Único de Saúde, o direito à saúde deveria ser amplo e integral, atendendo e identificando as necessidades dos grupos mais vulneráveis. Nesse contexto, com o intuito de dirimir a discriminação e o preconceito sofridos institucionalmente dentro dos centros de saúde e consolidar o Sistema Único de Saúde como universal, integral e igualitário, instituiu-se pela portaria 2.836, de 1 dezembro de 2011, A Política Nacional de Saúde voltada para Lésbicas, Bissexuais, Gays, Transexuais e Travestis (QUERINO et al., 2017).

Em contrapartida, o tabu fortemente enraizado na cultura brasileira influencia diretamente a conduta e a postura dos profissionais de saúde diante da população transexual. Concomitante a isso, a formação médica deficitária, contribui de forma exacerbada para o atendimento discriminatório e para uma conduta terapêutica preconceituosa, o que afasta esse grupo invisibilizado dos centros de saúde, aumentando assim, os índices de automedicação e falta de cuidados preventivos (CAMPOS et al., 2021).

Na formação médica, apesar de apresentar uma grade curricular extensa, no que concerne a temática sexualidade há a predominância dos aspectos biológicos e das patologias relacionadas à prática sexual, sendo escassa as abordagens relacionadas a identidades de gênero e orientação sexual, o que gera um impacto negativo sobre a qualidade da atenção prestada para a população LGBT, haja vista que os profissionais de saúde são preparados para atender majoritariamente indivíduos cisgêneros e heterossexuais (LORIA et al., 2019).

Ademais, o médico, muitas vezes torna-se reprodutor dos preceitos de binaridade presentes no âmbito social, o que o leva a direcionar a anamnese de forma errônea, pressupondo patologias com base nos preconceitos vigentes na sociedade, tornando, assim, a consulta ineficaz. Segundo Michel Foucault, a sexualidade está associada às ferramentas de poder e saber, os quais estão intrínsecos. Nesse ínterim, a prática clínica e a formação dos profissionais de saúde estão muito relacionadas aos conceitos fundamentados na binaridade que regula a sexualidade e subjetividade dos indivíduos (CAMPOS et al., 2020; CARVALHO; OLIVEIRA, 2018).

ATENDIMENTO HUMANIZADO AO PACIENTE TRANSEXUAL

Desde o princípio – há milhares de anos – até os dias atuais, o ensino da Medicina tem sido definido pela frequente mutação curricular, baseada no contexto histórico-social vivido no mundo, com o acolhimento de visões mais críticas, humanistas e reflexivas, com o intuito de capacitar o profissional para que ele promova a saúde do ser humano de forma integral (CAMPELO; PERES, 2018).

Porém, a atual conjuntura social está estruturada sobre colunas heteronormativas e machistas, repleta de desigualdades e preconceitos. Desse modo, os grupos minoritários,

especialmente, os transexuais, são marginalizados há anos, tendo assim, diversos direitos lesados, como o direito à saúde previsto no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira (CAMPELO; PERES, 2018).

Ao versar sobre a assistência em saúde, o médico necessita ser conhecedor de seu cargo social, desprendido de todo e qualquer preconceito e repleto do impulso de favorecer a consolidação dos direitos dessas minorias. Por isso, é imprescindível pautar as ações médicas em gestos que tornem o atendimento mais humanizado, a exemplo, o correto uso dos pronomes de tratamento e do nome social, com o intuito de não causar constrangimento ao paciente (SILVA et al., 2017).

Para mais, faz-se necessário ampliar a quantidade de atendimentos dos complexos de saúde (privados e públicos) às pessoas transgêneros, realizados de maneira integralizada por equipes interprofissionais compostas por especialistas capacitados para fornecer atendimento a esta população especifica. Ainda, é de suma importância expandir a flexibilidade de cirurgias para implante de prótese mamária, apropriadas ao uso humano, tal como de cirurgias para redesignação de gênero e universalizar o tratamento humanizado e seguro com hormônios (ROCON et al., 2016).

Um viés de atendimento humanizado que as diversas instituições de saúde devem seguir, ocorreu no Hospital e Maternidade Amparo Maternal, em São Paulo, onde Roberto Bête, 32 anos, homem trans, casado com Erika Fernandes, mulher trans, deu a luz ao seu filho Noah Fernandes Bête, após 12 (doze) horas de trabalho de parto, no dia 10 de maio de 2022 às 13:12h. Posterior ao ocorrido, Roberto publicou em sua rede social (*Instagram*) um agradecimento ao hospital, relatando que foi a melhor experiência que ele poderia ter (ROCON et al., 2016).

Em síntese, o vínculo médico-paciente é essencial para o aperfeiçoamento das consultas das pessoas transgênero, uma vez que esta é encarregada de fornecer acolhimento, dignidade e respeito a essa minoria. Aos profissionais de saúde, vale ressaltar a importância da realização de um atendimento humanizado, ausente de preconceitos. Por consequência, será garantido às minorias sexuais e de gênero o cumprimento dos seus direitos (ROCON et al., 2016).

REFERÊNCIAS

CAMPELO, R. R.; PERES, E. D. M. Análise do atendimento humanizado no SUS aos transexuais. Revista Científica do Instituto Ideia, n. 1, p. 83-96, 2018.

CAMPOS, A. G. de O. et al. Prejudice and discrimination suffered by transgender persons in health services: Integrative literature review. Research, Society and Development, v. 10, n. 5, e26510514590, 2021.

CAMPOS, A. L. D. O et al. Relação Médico Paciente: os desafios na inclusão de pessoas transgênero e transexuais no SUS. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento. v. 9, n. 12, e27791210973, 2020.

CORTES, H. M. A transgeneridade feminina e os processos de mudanças corporais. Journal of Nursing and Health, v. 8, n. 2, 2018.

CARVALHO, G. P.; OLIVEIRA, A. S. Q. D. Discurso, poder e sexualidade em Foucault. Revista OFFLINE, n. 11, 2018

FERNANDES, L. A. B.; BORGES, A. A. C.; LÔBO, R. P. B. Travestilidade às avessas – a desconstrução de uma "paródia" identitária. Estudos Feministas, v. 25, n. 2, p. 473-494, 2017.

GOMES, S. M. et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. Saúde e Sociedade, v. 27, p. 1120-1133, 2018.

GUTIERRES, S. M.; LORDELLO, S. R. Promoção da saúde com transexuais e travestis: uma revisão sistemática de literatura. Revista Psicologia Política, v. 20, n. 47, p. 165-177, 2020.

LORIA, G. B. et al. Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental em uma universidade pública. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 14, n. 41, p. 1807–1807, 2019.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, 2019.

OLIVEIRA, I.; ROMANINI, M. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. Saúde e Sociedade, v. 29, n. 1, 2020.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1509-1520, 2017.

QUERINO M.S. et al. Ações da equipe de enfermagem na implementação da política de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - revisão de literatura. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 6, n. 1, p. 46-58, 2017.

ROCON, P. C. et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, p. 43-53, 2017.

SILVA, L. K. M. D.; SILVA, A. L. M. A. D.; COELHO, A. A.; MARTINIANO, C. S. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 3, p. 835-846, 2017.

WINTER, S. et al. Transgender people: health at the margins of society. The Lancet, v. 388, n. 10042, p. 390-400, 2016.

FORMAÇÃO MECANICISTA NAS ESCOLAS MÉDICAS: UM DESAFIO HISTÓRICO PARA A EFETIVAÇÃO NA PROMOÇÃO EM SAÚDE

Data de aceite: 17/11/2022

João Danúsio Andrade filho
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG Brasil.

Rodrigo Henrique Nogueira Mamédio
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG Brasil.

Maura Regina Guimarães Rabelo
Docente no Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG-Brasil.

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
Docente no Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG-Brasil.

Durante muito tempo o ensino médico esteve vinculado ao um modelo centrado na doença, na figura do médico e no hospital, desconsiderando os determinantes socais do processo saúde doença, sendo tal pensamento reflexo das ideias Flexineriana as quais persistem até hoje. O modelo flexeniano, centrado em disciplinas de forma isolada e fragmentada, ainda está presente na maioria dos cursos de medicina do país. Os acadêmicos recebem as matérias pelos docentes e fixam os estudos com base em conteúdos pré-programados (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

No Brasil, a atenção à saúde tem sido historicamente marcada pelo predomínio da assistência médica curativa e individual e pela definição de saúde como mera ausência de doença, definidos a partir do paradigma Flexeniano (SCHERER et al, 2005). Esse relatório possibilitou a organização e padronização do funcionamento das escolas médicas, no entanto aniquilou as formas de atenção à saúde (SOUSA et al., [s.d.]).

Após vários movimentos em prol de uma medicina centrada na pessoa e não na doença, houve significativas modificações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Atualmente, as DCN's do Curso de Graduação em Medicina indicam que o perfil do médico, com formação generalista, deve ser pautado em uma postura humanista, crítica e reflexiva, atuando em princípios

éticos (BENNETT, 2014).

Nessa perspectiva, para que essa competência seja efetivada, está sendo necessário rever o ensino médico atual. Diante dessa necessidade de reformulação curricular, os currículos focados em disciplinas de caráter hospitalocêntrico têm dado espaço ao surgimento de currículos menos estruturados, os quais oferecem o processo de ensino aprendizagem com maior autonomia e participação ativa do estudante. (MACHADO; WUO; HEINZLE,2018).

No Brasil, essa alteração curricular ocorreu sobretudo após a implementação de novas metodologias, permitindo o estudante entrar em contato precocemente com os serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (APS).

> Por ser porta de entrada e um ambiente permanentemente em construção, a APS apresenta-se como um cenário potencializador para o desenvolvimento de habilidades, permitindo oportunidades de aprendizagem a partir dos problemas de saúde da população. (FASSINA et al., 2021)

Portanto, levando-se em consideração que a educação médica é pautada pelas necessidades socioeconômicas, culturais e psicológicas de seu tempo devem as instituições de ensino contribuir com ações para alcançar esse objetivo (BENNETT, 2014). Diante desse contexto, tona-se necessário discutir os desafios do ensino médico quanto à superação de um modelo fragmentado e já insuficiente para atender as demandas da sociedade atual.

1 I CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

Durante muito tempo, o ensino médico no Brasil esteve dissociado das necessidades da população, centrado sobretudo, na doença. Historicamente, a medicina caminhou no sentido de priorização das doenças e de seu diagnóstico em detrimento da pessoa que sofre o padecimento (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Ao longo do século XX deu-se maior valor aos determinantes biomédicos, deixando de se atentar a influência dos fenômenos sociais e suas variantes como as administrativas, educacionais, econômicas, políticas e outras. (MASSAD; ROZMAN, 2000)**.** Entretanto, é essencial compreender o contexto histórico o qual o estudo de Flexner foi desenvolvido. À época, a situação das escolas médicas do EUA era caótica, como não havia concessão estatal para o exercício da medicina no século XIV, havia grande proliferação de escolas medicas com abordagens terapêuticas diversas (MASSAD; ROZMAN, 2000).

Dessa forma, o estudo de Flexner, apesar de trazer um aspecto reducionista e limitada da doença, foi importante também para estimular a excelência da preparação dos alunos. As reformas decorrentes do Relatório Flexner possibilitaram reorganizar e regulamentar a formação médica nos Estados Unidos, uma vez que estava sem qualquer

organização e regulação até então (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018).

> No Brasil, a expansão das escolas médicas ocorreu a partir das décadas de 10960/1970. Essa fase foi marcada pela multiplicação de escolas de graduação e do número de vagas**.** Por outro lado, o contexto de desenvolvimento econômico do país exerceu forte pressão para o desenvolvimento da educação no ensino superior como importante dimensão da economia de mercado (OLIVEIRA; PEREIRA & JÚNIOR, 2019).

A partir da década de 1960, portanto, o modelo de ensino médico Flexineriano começa a sofrer uma grande crise. A chamada crise de medicina ocorreu por perceber em todo o mundo o baixo comprometimento dessa formação para com as necessidades de saúde das populações (PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018). Nesse contexto histórico, começou a se discutir novas metodologias de ensino. A PBL surge no ano de 1960 em razão da necessidade de mudança na formação médica, alterando a forma expositiva das aulas até então, sendo esta implementada no Brasil na década de 1990 (WAGNER; MARTINS FILHO, 2022).

No Brasil, após a redemocratização do país, foi realizada em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, representando diversos setores da sociedade civil. Seu relatório serviu de base para a elaboração da Constituição Brasileira de 1988 **(**PEREIRA; STADLER; UCHIMURA, 2018). Dessa forma, a promulgação da Constituição forneceu a base para a implementação do Sistema Único de Saúde, fomentando mudanças no cuidado em saúde e rompimento com o modelo biomédico.

> O SUS, resultado de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde surge como um novo paradigma na atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes se opõem o pensamento Flexeniano, entretanto cria a necessidade de uma nova forma de saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Embora a situação tenha se alterado com a explicitação dos objetivos da constituição de 1988, ainda existem muitas dificuldades para alcançar os objetivos. Ao lado de uma política favorecedora existem vários obstáculos a serem superados, estando a educação médica sujeita aos conflitos e às contradições de seu tempo (ABREU,2009).

Assim, desde o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, o Brasil tem passado por vários desafios para efetivar esse direito (CUSTÓDIO; VIEIRA; FRANCISCHETTI, 2020).

2 | DESAFIOS DO ENSINO MÉDICO ATUAL

2.1 Formação dos professores

A formação dos professores se caracteriza por um conjunto de conhecimentos

teóricos para posterior aplicação ao contexto da prática, apoiando-se na ideia de um professor como executor passivo (MOREIRA, 2019)**.** Essa formação dos docentes reflete na forma como os aspectos teóricos são transmitidos, sendo, na maioria das vezes, descontextualizados e neutros em relação à realidade, além de possuírem uma abordagem enciclopédica.

A docência técnica necessita de rigor técnico sobre o que se estuda e pratica, porém não se deve permitir a ampla mecanização e terceirização da ação docente, ainda hoje hegemonicamente aceitos (REGINA; MAESTRELLI, 2017**)**. Desse modo, cabe ao professor apropriar-se de uma ação pedagógica amplamente livre e crítica. Tem se observado, contudo, a diminuição da autonomia dos professores no planejamento curricular, em políticas públicas.

> A desvalorização à formação pedagógica do docente universitário pode ser atribuída ao desmerecimento dado às atividades de ensino nas universidades, em que os incentivos para a progressão na carreira têm sido voltados mais na produção científica do que nas atividades de ensino (MOREIRA et al., 2020).

2.2 Humanização e comunicação nas relações médico-paciente

Enquanto competência estabelecida pelas DCNs, a comunicação tornou-se imperiosa dentro dos currículos médicos, buscando fortalecer uma prática clínica eficiente e humanizada **(**EN et al., 2020). Contudo, percebe-se que o ensino médico atual ainda não consegue desenvolver nos alunos as habilidades de comunicação, prejudicando a relação médico-paciente.

Entretanto, o processo de humanização do atendimento em saúde envolve a qualificação dos profissionais que começa ainda nas universidades através de práticas que permitam desenvolver habilidades e atitudes humanistas (SOUSA et al., [s.d.]).

Os estudantes de medicina experimentam mudanças de comportamento no decorrer do curso em razão da convivência com a doença e o sofrimento. Isto reduz o idealismo do estudante e pode contribuir para a desumanização da assistência (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018).

2.3 Melhoria das unidades de saúde e familia (USF)

> Além da comunicação, a insuficiência do quadro funcional das Unidades Saúde da Família (USF) e a falta de infraestrutura nas unidades desmotivam os alunos e os preceptores. Os alunos durante a formação médica vão perdendo, em geral, aquele idealismo que os impulsiona no início da formação médica (DAMASÔ et al.,2019.)

O programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), substituído pelo Previne Brasil, foi implantado no sentido de melhorar defasagens da APS como nos processos assistenciais e efetivação da conexão entre os níveis de atenção (LEMOS, PRADO & MEDINA, 2020).

Além disso, é observada uma defasagem na Atenção Básica no que tange às ações clínicas para a qualidade do cuidado que busca prover o acesso e qualidade do cuidado (GUIMARÕES et al., 2018). Mesmo em USFs administradas por OS (organização social), apesar de possuírem maior poder financeiro e administrativo, o acesso em saúde é, muitas das vezes, deficitário (VOLPATO et al., 2016).

Logo, mostra-se preciso maior estruturação e oferta de serviços que viabilize cenários para todos os estudantes de modo a fortalecer a integração entre ensino-serviço comunidade (VIEIRA et al., 2018).

2.4 Falta de empatia dos estudantes

A empatia é indispensável para formulação de uma boa anamnese, diagnóstico e terapêutica, melhorando a qualidade da relação médico paciente e, consequentemente, do encontro clínico (NASCIMENTO et al., 2018). Todavia, apesar de ser um atributo fundamental, o que tem observado é a sua diminuição.

O declínio de empatia pode estar associado à pressão e ao estresse mais recorrentes com o decorrer do curso, momento em que os alunos estão sobrecarregados, contribuindo para esgotamento emocional ou *burnout* (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018). Entre as intervenções educativas favoráveis à preservação da empatia, pode ser citada a inclusão no currículo acadêmico de espaços para discussões acerca das percepções e sentimento dos alunos no atendimento aos pacientes (SOUSA et al., [s.d.]).

3 | CONCLUSÃO

Apesar do avanço do ensino médico no Brasil com o surgimento de novas metodologias ativas de ensino, as graduações de medicina ainda precisam superar desafios no que tange à formação médica. De acordo com as DCN's, o médico generalista deve estar capacitado a atuar com princípios éticos no processo de saúde-doença por meio de ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde na perspectiva da integralidade da assistência.

No entanto, para que o médico tenha esse perfil, é imprescindível reformular a forma como o conteúdo é transmitido dentro da graduação, uma vez que em muitas faculdades, o ensino Flexineriano ainda ecoa, com o predomínio de uma metodologia focada no professor como detentor do conhecimento e o aluno como um agente passivo e sem autonomia no

processo de aprendizagem.

A demanda que hoje se coloca, porém, é pela formação de médicos cidadãos, pensantes, críticos e criativos, em busca de uma racionalidade crítica e emancipatória de construção da cidadania (MOREIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2020).

REFERÊNCIAS

AMORE, Edson Dell; DIAS, Ruth Borges; TOLEDO, Antônio Carlos de Castro. Ações para a Retomada do Ensino da Humanização nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 14–28, 2018.

BARBOSA, Mírian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. 216–222, 2016.

BENNETT, D. M. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **British Journal of Psychiatry**, v. 205, n. 01, p. 76–77, 2014.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2018, v. 34, n. 5

CUSTÓDIO, Lucimara Aparecida Faustino; VIEIRA, Camila Mugnai; FRANCISCHETTI, Ieda. A dimensão social na formação médica: o contexto de vida na aprendizagem baseada em problemas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos; SANTOS, Fernanda Beatriz Melo Maciel Pereira Campos dos. Comunicação na formação médica: algumas reflexões. **Revista Federal do Vale de São Francisco (REVASF**). v. 10, p. 201–218, 2020.

FASSINA, V.; MENDES, R.; PEZZATO, L. M. Formação médica na atenção primária à saúde: percepção de estudantes. **Rev. bras. educ. médica.**, v. 45, n. 3, p. e141–e141, 2021.

GUIMARÃES, W.S.G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Caderno de Saúde Pública (CSP).** 2018

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 66–73, 2018.

MARIA, C.; PEREIRA, S.; HENRIQUE, C. Innovations in Curriculum Designs Do Not Running Title : Curricula and Patient-Centered Attitudes Garantem Atitudes Centradas no Paciente entre os Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica** v. 43, n. 4, p. 167–175, 2019.

MASSAD, E.; ROZMAN, M. A saúde pública no século XXI. **Revista de Saúde Pública Journal of Public. Health**. v. 34, n. 5, p. 6–15, 2000.

MOREIRA, J.S; MIRANDA, E.O. Balanço da produção acadêmica sobre o tema da formação de professores no Brasil: revisão dos enfoques temáticos. **Revista Cocar**. v.13.N.26.Mai/Ago/2019.

MOREIRA, E.E.P.; OLIVEIRA, S.M.C.; OLIVEIRA, J.V.P. Contributos e desafios da aprendizagem baseada em problemas na formação médica. **Research, Society and Development**, v.9, n.8, 2020.

MORGAN, L.; LEMOS, A.; MEDINA, M. G. Modelização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em um município baiano. **Saúde em Debate** p. 297–309, [s.d.].

PEREIRA, G. A.; STADLER, A. M. U.; UCHIMURA, K. Y. O Olhar do Estudante de Medicina sobre o Sistema Único de Saúde: a Influência de Sua Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 57–66, 2018.

REGINA, S.; MAESTRELLI, P. A racionalidade técnica na ação pedagógica do. **XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências** p. 1–9, 2017.

SCHERER, M. D. DOS A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 53–66, 2005.

SOUSA, M. R. DE et al. Educação Médica Voltada Para a Humanização E Atenção Básica : Uma Revisão De Literatura. [s.d.].

VOLPATO, L. F.; MENEGHIM, M. D. C.; HEBLING, E. Avaliação do acesso nas Unidades de Saúde da Família gerenciadas pela Organização Social e pelo município. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, p. 349–356, 2016.

WAGNER, K. J. P.; MARTINS FILHO, L. J. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: uso, dificuldades e capacitação entre docentes de curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, p. 1–9, 2022.

OLIVEIRA, B.L.C.A.; PEREIRA, M.U.L & JÚNIOR, G.A.P. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 1–20, 2019.

MÉDICO COMO PROMOTOR DE SAÚDE – DA TEORIA À PRÁTICA

Data de aceite: 17/11/2022

Núbia Santos Nogueira
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Samila Carla da Silva Nascimento
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Karine Siqueira Cabral Rocha
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Élcio Moreira Alves
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Durante a Conferência de Ottawa no ano de 1986 definiu-se o termo Promoção de Saúde como um conjunto de estratégias que envolvem não apenas o campo da saúde, mas sim toda a sociedade em uma série de atividades que têm por objetivo atingir uma boa qualidade de vida e o bem-estar comum, utilizando, para esse fim, de variadas vertentes que vão além do campo saúde, como estilo de vida saudável, pleno acesso à cidadania e democracia, fatores ambientais, psicológicos, socioeconômicos, dentre outros. Vale ressaltar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo saúde significa um "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". (SEGRE E MARCO, 1997; LOPES et al., 2010)

Dentro desse amplo espectro da Promoção de Saúde cabe a reflexão de qual seria o papel desempenhado pelo médico, uma vez que a comunidade se encontra no papel central de tal estratégia. É importante salientar que a população, enquanto leiga, necessita de direcionamentos no que tange ao cuidado com a própria saúde e a saúde coletiva. Sendo assim, a educação em saúde é de suma importância para a efetiva promoção da saúde, com a construção de novos conhecimentos que levem à adoção de práticas mais saudáveis, por meio da

troca de experiências. Dessa forma, um dos papéis que cabe ao médico enquanto promotor de saúde é o de educador em saúde. (MELO et al., 2009)

Faz-se necessário colocar em pauta o papel do médico para além do conhecimento técnico-científico, destacando a importância da sua atuação na educação em saúde como forma de promoção de saúde. Uma medicina que perpassa o papel de restauração e recuperação da saúde e se caracteriza pela junção de conhecimentos políticos, sociais e biológicos; indo além do processo saúde-doença na busca da educação como uma ferramenta para promover saúde. (BUSS, 2022)

Enfatiza-se que, na maioria das vezes, os médicos recém-formados não estão aptos para serem educadores em saúde tal como é postulado teoricamente. Isso ocorre porque desde o contexto da Reforma Sanitária preconiza-se o método biopsicossocial em detrimento do antigo modelo biomédico – voltado apenas para a cura de patologias, porém o ensino médico nem sempre segue essa vertente, mantendo ainda o modelo mais antigo em diversas situações do cotidiano médico. (RAIMUNDO E SILVA, 2020) A atual formação médica brasileira preza um ensino integrado que desenvolva o raciocínio e estimule o futuro profissional a ir além do exame clínico, buscando integrar, também, os aspectos sociais do paciente. (MACHADO et al., 2022)

O presente capítulo pretende debater acerca do que prega as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina e do que é realmente empregado na prática, colocando em discussão se o corrente ensino médico forma educadores em saúde preparados para atender às necessidades da população.

PROMOÇÃO DE SAÚDE - ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO

A promoção da saúde é discutida desde o processo de redemocratização do Brasil, no qual a 8ª Conferência Nacional de Saúde se caracterizou como o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social imutável, como os demais direitos humanos e de cidadania. (PNPS,2018)

A Constituição Federal de 1988 legitimou o Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurou o acesso universal dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde, a integralidade da assistência com igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e com ampla participação social, capaz de responder pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades das pessoas. (PNPS, 2018)

O SUS, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a

concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos.

As Conferências Internacionais definiram a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. (MOURA et al., 2020)

A articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, responsabilizando, assim, todos os setores e fazendo com que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas. (PNPS, 2018)

Também, as intervenções em saúde necessitam tomar como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre a saúde e o adoecimento, com um olhar para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis. (PNPS, 2018)

Assim, a saúde exige a participação ativa de todos os indivíduos na análise e na formulação de ações que visem à sua promoção, sendo necessário que a abordagem da promoção da saúde se desenvolva junto a políticas públicas e a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa. (PNPS, 2018)

MÉDICO COMO EDUCADOR EM SAÚDE

A educação em saúde permeia o uso de práticas que estimulem o aprendizado de forma elaborada e interativa que visem melhorar o engajamento do paciente no que diz respeito à saúde como um todo; sendo também de extrema importância para estabelecer o vínculo entre as entidades de saúde, seus profissionais e usuários da rede. Sendo assim, a educação em saúde é fundamental para a composição da promoção de saúde, assim como a equipe multidisciplinar, destacando aqui o papel do médico como um essencial educador em saúde. (ZABKA, 2015)

No Brasil, a inserção da educação em saúde nas leis começa a partir da promulgação da Constituição de 1988, uma vez que essa traz os reflexos da Reforma Sanitária, reformulando, assim, o conceito de saúde anteriormente pregado. As mudanças feitas nessa época deram início às políticas de saúde preventivas existentes até os dias atuais. Exemplo disso, é a implementação de programas voltados à educação preventiva,

que traz o profissional de saúde para a atuação antes mesmo do surgimento da doença. Nessa perspectiva, pode-se citar aqui o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Saúde na Escola (PSE) que exige dos médicos da Atenção Primária à Saúde um contato mais próximo com os usuários, com o objetivo de levar informação e conhecimento a esses como forma de prevenção de doenças. (ZABKA, 2015)

Enquanto educador em saúde, o papel do médico é utilizar do seu conhecimento e das suas habilidades de comunicação e articulação para perceber pontos fundamentais que vão além dos relatados pelo paciente. Nesse sentido, demandas que exigem procedimentos complexos, como uma Doença Arterial Coronariana, podem ser evitadas por meio da prevenção educativa que pode ser feita pelo profissional em cenários mais simples, tal qual a Atenção Primária, por meio de técnicas de persuasão básicas, por exemplo, o estímulo à adoção de um estilo de vida mais saudável. Cabe aqui ressaltar que, para haver uma boa compreensão por parte do usuário, o educador em saúde deve sempre utilizar uma linguagem que seja condizente com o seu grau compreensão. (RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007)

Portanto, fica evidente que ser um bom educador em saúde é uma característica fundamental do médico em qualquer nível de complexidade de atendimento. Contudo, existem inúmeros obstáculos que precisam ser vencidos para que se tenha mais profissionais qualificados no que toca a educação em saúde, tal qual a própria formação dos profissionais de saúde, que muitas vezes é falha na construção de um educador eficiente.

DIFICULDADES DO ENSINO PARA TORNAR O MÉDICO UM PROMOTOR DE SAÚDE

A formação em medicina pode gerar grandes responsabilidades ao estudante e provocar alguns problemas comportamentais, psíquicos e físicos, entre os quais: privação do sono e lazer, inserção em um ambiente competitivo, contato com a morte, sensação de insegurança e ansiedade quanto ao futuro. Pensando nisso, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina no Brasil destacam a importância do cuidado da saúde física e mental, além da busca do bem-estar como cidadão e como médico, pelos graduandos de Medicina. (DIAS et al., 2020)

É importante ressaltar que a prática regular de atividade física é um componente fundamental para o desenvolvimento de aspectos positivos relacionados à saúde, uma vez que o sedentarismo está associado, por exemplo, ao transtorno de ansiedade e até à depressão. (BANKOFF et al., 2017; MOREIRA et al., 2015). No entanto, ainda se observam relatos de que o curso de Medicina não propicia oportunidades nem incentivo para a prática de atividades físicas e alimentação adequada de seus estudantes, devido a, por exemplo,

carga horária excessiva. (MARCONDELLI et al., 2008)

Diante da contradição de ensinar o cuidado sem cuidar de si próprio, de falar de Promoção da Saúde sem promover a saúde, de ensinar e aprender com a comunidade antes de ensinar e aprender consigo mesmo, com a própria realidade de vida dos estudantes, fica o questionamento do quanto esses estudantes estão aptos para o papel de orientador da comunidade acerca dos diversos aspectos que a Política Nacional de Promoção da Saúde preconiza. (DIAS et al., 2020)

PROPOSTAS DE MELHORIA

O desafio para a execução de ações de promoção de saúde, possui caráter decisivo no processo saúde-doença, pois este irá influenciar na qualidade do cuidado disponibilizado, requerendo ampla discussão sobre a formação dos novos profissionais. Isso ocorre devido à baixa aplicabilidade, tanto das teorias e conceitos relacionados na literatura, quanto aos desafios enfrentados no ambiente de trabalho, como por exemplo, alta demanda.

Além disso, considerando o ambiente que o médico está inserido, existem dificuldades que cabe a outros setores da sociedade, como condições de vulnerabilidade social e saneamento básico, o que reforça a necessidade de políticas públicas de caráter intrasetorial e intersetorial que sejam abrangentes no cuidado integral do paciente.

Outro aspecto a ser analisado é a priorização do modelo biomédico curativista, que está intimamente relacionado com o desenvolvimento de atividades voltadas para o tratamento de patologias e agravos a saúde específicos. Em contraponto ao modelo biopsicossocial, preconizado na 8° Conferência de Ottawa, voltado para a promoção da saúde e sua articulação com os determinantes sociais e seu impacto na população.

Dessa forma, são necessários esforços para fortalecer as ações de promoção da saúde em todos os níveis e serviços. A efetividade dos princípios do SUS depende em nível macro da atuação sobre os determinantes sociais e, em nível micro, sobre a pessoa, família e comunidade. (TAVARES et al., 2016)

REFERÊNCIAS

BANKOFF A.D.P., ARRUDA M., BISPO I.M.G.P., RODRIGUES M.D. Doenças crônicas não transmissíveis: história familiar, hábitos alimentares e sedentarismo em alunos de graduação de ambos os sexos. Revista Saúde e Meio Ambiente, 2017;5(2)37-56.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. 2018. Acesso em 13 de abril de 2022.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2000, v. 5, n. 1, pp. 163-177.

DIAS, Lineker Fernandes et al. Promoção da Saúde: Coerência nas Estratégias de Ensino-Aprendizagem. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2019, v. 43, n. 1 suppl 1, pp. 641-651. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190104. Acesso em 16 de abril de 2022.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 4, e00214516. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00214516. Acesso em 1 de junho de 2022.

LOPES, Maria do Socorro Vieira et al. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2010, v. 19, n. 3, pp. 461-468. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300007. Acesso em 13 de abril de 2022.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2018, v. 42, n. 4, pp. 66-73. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065. Acesso em 14 de abril de 2022.

MARCONDELLI P., COSTA T.H.M., SCHMITZ B.A. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestre da área da saúde. Rev. Nutr. 2008; 21(1)39-47. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000100005

Acesso em 16 de abril de 2022.

MELO, Mônica Cristina et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. Ciência & Saúde Coletiva, [sl], v. 14, p. 1579–1586, 2009. DOI 10.1590/S1413-81232009000800031.

MOURA, Ananda Cristine Amador et al. Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2020, v. 44, n. 03, e076. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190189. Acesso em 16 de abril de 2022.

MOREIRA, S.N.T., VASCONCELLOS, R.L.S.S., HEATH, N. Estresse na Formação Médica: como Lidar com Essa Realidade? Rev. Bras. Educação Médica 2015;39(4)558-64. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e03072014 7. Acesso em 16 de abril de 2022.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24, n. 1, pp. 165-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>. ISSN 1984-0470. Acesso em 16 de abril de 2022.

RAIMUNDO, Juliana Soares; SILVA, Roberta Barbosa. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. Revista Mosaico, [s. l.], v. 11, n. 2, 2 dev. 2020 DOI: https://doi.org/https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184. Disponível em: http://192.100.251.116/index.php/RM/article/view/2184. Acesso em 10 maio de 2022.

RODRÍGUEZ, Carlos Arteaga; KOLLING, Marcelo Garcia; MESQUIDA, Peri. Educação e Saúde: um Binômio que Merece Ser Resgatado. Revista Brasileira de Educação Médica, Curitiba, ano 31, n. 1, p. 60-66, 13 fev. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/4yPY5ZgFZKrPnDDYJtk9kvv/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 mai. 2022.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública [online]. 1997, v. 31, n. 5, pp. 538-542. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016. Acesso em 9 de abril de 2022.

TAVARES, M.F.L.; ROCHA, R.M.; BITTAR, C.M.L.; PETERSEN, C.B.; ANDRADE, M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na saúde e a necessidade de alcançar outros setores. Ciênc Saúde Coletiva 2016; 21:1799-808. Acesso em 01 de junho de 2022.

ZABKA, Cristina Furlan. Reflexões e propostas para a formação de um educador em saúde. Orientador: Claus Dieter Stobäus. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/6026. Acesso em: 24 mai. 2022.

O USO INDISCRIMINADO DE ANTIBACTERIANOS

Data de aceite: 17/11/2022

Chrystian Silva Pereira
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Willian Júnio Rodrigues Mendonca
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Ana Paula Nascentes de D. F. Siqueira
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Vanessa Pereira Tolentino
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Os antibacterianos são fármacos que têm a capacidade de inibir o crescimento e/ou destruir microrganismos. Tem como objetivo prevenir ou tratar uma infecção, diminuindo, se for uma droga bacteriostática, ou eliminando caso seja bactericida, os microrganismos patogênicos e, se possível, preservando os germes da microbiota normal. Podem ser de origem natural, derivados de bactérias ou fungos ou também ser total ou parcialmente sintéticos (GUIMARÃES; MOMESSO; PUPO, 2010).

O uso indiscriminado, consumo excessivo e constante, dos antibacterianos é responsável pelo desenvolvimento de resistência microbiana. A expressão “resistente” nesse contexto significa a capacidade de uma cepa bacteriana de resistir à ação de certo antibacteriano. De acordo com Lima, Benjamin e Santos (2017) os antimicrobianos apresentam mecanismos de ação diferentes e, consequentemente, para que as bactérias consigam resistir, manifestam por sua vez diferentes mecanismos de resistência.

A resistência bacteriana aos antimicrobianos é desencadeada de três principais formas: primeiro por meio de alterações na membrana celular para impedir a entrada do antibacteriano no meio intracelular ou para bombeá-lo para fora da célula (efluxo ativo); segundo ao adquirir a

capacidade de inativar ou quebrar as moléculas do antimicrobiano; terceiro a partir do aparecimento de mutação que altere o alvo de um fármaco de maneira que não se afete esse novo alvo. (LIMA, BENJAMIN e SANTOS, 2017)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso de antibacterianos é incorreto em muitas situações em que não há evidências clinicas que corroborem com sua prescrição. Monteiro *et al.,* (2020) infere que o sucesso terapêutico depende da dosagem, período de uso do fármaco, do perfil imunológico do paciente, da via de administração e ainda da genética bacteriana. Portanto, nas escolhas do profissional quanto a essas questões poderiam estar possíveis erros clínicos. Zimerman (2010) ainda acrescenta fatores como o tempo escasso de duração da consulta comprometendo a qualidade de anamnese devido à alta demanda de pacientes, além de pressões da indústria farmacêutica e planos de saúde para reduzir a quantidade de exames diagnósticos e consultas médicas. Ademais é proposto que, devido a provável desinformação, muitos profissionais acreditem ser basicamente teórico e duvidoso o risco de induzir resistência bacteriana.

Oliveira (2010), descreve que a automedicação com predomínio de antibacterianos é prática comum, e que o perfil dos usuários são pessoas carentes socioeconomicamente, e que relatavam já ter tido experiências positivas com essa classe de fármacos e por isso possuíam a crença de que funcionariam no tratamento de qualquer infecção, soma-se ainda o relato de facilidade na obtenção do antibiótico sem exigência de apresentar a prescrição em farmácias e drogarias comerciais, embora seja obrigatório por lei no Brasil.

Nesse cenário, o uso incorreto de antibacterianos está ligado à utilização empírica e cotidiana, sem parâmetro, sem período, sem dosagem e sem indicação apropriada, fazendo com que o fármaco perca sua eficácia (PAIVA *et al.,* 2013). O uso indiscriminado e sem razão de antibacterianos favorece a manifestação natural regida pelo princípio evolutivo da adaptação genética de organismos a mudanças no seu meio ambiente. Conferindo a capacidade de continuarem seu ciclo reprodutivo mesmo na presença de altas concentrações de antimicrobianos ministradas em pacientes (Martins *et al.,* 2015).

Lima, Benjamin e Santos (2017) explicam que essa resistência bacteriana frente ao antimicrobiano pode ser classificado inicialmente como intrínseca ou adquirida. A resistência intrínseca é aquela que faz parte das características naturais, fenotípicas do microrganismo, faz parte da herança genética microbiana. A resistência adquirida ocorre quando há o aparecimento de resistência em uma espécie de bactéria anteriormente sensível à droga em questão. Essa nova característica é resultado de mudanças estruturais e/ou bioquímicas da célula bacteriana, determinada por alterações genéticas cromossômicas ou extra cromossômicas (plasmídeos). Essa característica manifestada está ausente nas células genitoras.

Para evitar o aumento da resistência bacteriana é necessário que haja uma vigilância na racionalização do uso de antibacterianos, principalmente os de largo espectro, na duração da terapia, na posologia, na indicação para a antibioticoterapia e nas medidas preventivas/educativas.

DISCUSSÃO

Silva, Alves e Nogueira (2022) apontam como grave problema de saúde pública decorrente do uso indiscriminado de antimicrobianos a poluição ambiental. Pois constata-se que atualmente são despejados níveis alarmantes de tais fármacos em rios e no sistema de esgoto, e a presença de biocidas na natureza é uma ameaça. Mello e Franco (2021) acrescentam ainda que a contaminação de lençóis freáticos e demais reservatórios urbanos pelo descarte e excreção inapropriados de antimicrobianos, pode provocar uma pressão seletiva no meio e propiciar o aparecimento de organismos não-alvo resistentes ao seu mecanismo de ação, após o contato com o ambiente.

Fãrina (2016) direciona a resistência bacteriana a diversos aspectos como o uso indiscriminado de antimicrobianos, profissionais de saúde mal qualificados, falta ou ineficiência de programas de prevenção e controle de contaminação, pouca qualidade laboratorial para introduzir novos fármacos no combate à resistência bacteriana. No âmbito governamental e da iniciativa privada nota-se vigilância e regulação ineficientes sobre o uso de antibacterianos.

Lima, Benjamin e Santos (2017) explicam que a contaminação cruzada que ocorre em hospitais colabora para o surgimento de bactérias multirresistentes. O fato de nesses ambientes ser comum os pacientes estarem imunodeprimidos em unidades críticas, torna a situação mais preocupante, visto que muitos utilizam variadas gerações de antimicrobianos sem alcançar o desfecho terapêutico pretendido. Para minimizar o surgimento de infecções hospitalares e a disseminação de bactérias, ações de suma importância devem ser praticadas como o isolamento e o monitoramento dos pacientes contaminados, higienização adequada das mãos e a atuação assertiva da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH).

Com base na Política Nacional de Medicamentos, Oliveira e Munaretto (2013) caracterizam o uso racional de fármacos como o processo concebido desde a prescrição adequada, a custos justos e disponibilidade conveniente, como também dispensação em circunstâncias corretas e o uso nas doses prescritas, nos momentos estabelecidos e no espaço de tempo orientado de fármacos eficientes, seguros e de qualidade. Os autores ainda esclarecem que, em virtude da variedade de fármacos disponíveis no mercado, a escolha do mais adequado para cada situação depende de que o profissional de saúde

domine satisfatoriamente microbiologia, farmacologia e medicina clínica. A decisão assertiva seria o antimicrobiano mais eficaz, menos tóxico e com menor custo.

Martins *et al.*, (2015), aponta como fator importante nesse contexto o fato da comunidade conseguir acesso a antibacterianos sem restrição eficiente; o autor ainda acrescenta por meio de sua pesquisa que 72% da população interrompe o tratamento com tais medicamentos de forma precoce ao tempo recomendado pelos médicos que é em média 8 dias, ou seja, assim que a sintomatologia cessa interrompe-se o tratamento, embora a maioria saiba dos riscos inerentes à essa prática.

Ao se eliminar uma cepa bacteriana, outra, inevitavelmente mais agressiva e aprimorada geneticamente, ocupará o ambiente deixado pois não existe um vazio no universo microbiano. Essa situação tornou-se uma problemática de saúde pública, basicamente pelo uso indiscriminado de antibacterianos que por sua vez beneficia o surgimento das nomeadas cepas bacterianas resistentes (MONTEIRO *et al.*, 2020)

Dados indicam que em 60% de casos infecciosos respiratórios e 40% dos casos de diarreia nos países em desenvolvimento são utilizados antibióticos de maneira errônea, já que se nota maior prevalência de infecções virais e/ou parasitárias (WHO, 2010; NOVARETTI *et al.*, 2014). Zimerman (2010) alerta que as taxas de resistência são maiores em circunstâncias de utilização mais excessiva desses medicamentos, além de correlacionar temporariamente a venda de novos fármacos e o sequente surgimento de resistência bacteriana aos mesmos, em certas ocasiões até pouco tempo após introduzido no mercado.

Atualmente entre as bactérias resistentes mais preocupantes ao serem encontradas nas emergências médicas destaca-se a *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Ela já foi um patógeno comumente adquirido durante internações hospitalares, mas hoje é rotineiro tal infecção ser contraída em outros ambientes. Essa bactéria é responsável por grande parte das infecções cirúrgicas e de pele. (FÃRINA, 2016).

Tem-se observado um aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, como a produção de betalactamase de espectro ampliado (ESBL – Extend spectrum beta lactamases). As ESBL são enzimas, produzidas em muitos bacilos Gram negativos e conferem resistência aos antimicrobianos que possuem na sua estrutura química o anel beta lactâmico, às penicilinas, às cefalosporinas e ao aztreonam. As cefalosporinas de amplo espectro, tais como a cefotaxima, ceftadizima e ceftriaxona de terceira geração, inicialmente eficazes na terapêutica contra bactérias Gram negativas, são inativadas pelas ESBL.

Foi identificado por meio de estudos que os antimicrobianos denominados beta-lactâmicos, que de acordo com Lüllmann, Mohr e Hein (2017) são inibidores da síntese

de parede celular por causa da inibição irreversível da enzima transpeptidase; não podem ser usados no tratamento do MRSA, nem mesmo se combinados com inibidores de beta-lactamases (ácido clavulânico, sulbactam, tazobactam) (FÃRINA, 2016).

Fãrina (2016) também explica que as bactérias Gram negativas da ordem das *Enterobacterales* que apresenta maior resistência por possuir uma estrutura que se altera facilmente possibilitando a difusão com a composição bioquímica do antibacteriano, ocasionado por meio da produção de enzimas do tipo beta-lacmatases que possuem a capacidade de hidrolisar aminopenicilinas, carboxionicilinas e cefalosporinas de primeira geração.

Zimerman (2010) menciona uma metánalise de 24 estudos que avaliaram o risco de resistência bacteriana adquirida sequente ao tratamento antibacteriano de enfermos com infecções respiratórias e urinárias e de seu consumo em voluntários sem sintomas. Dentro de um mês de apresentação do antimicrobiano a enfermos com infecção urinária, a hipótese de risco de reinfecção por *Escherichia coli* resistente foi de aproximadamente o quádruplo comparando-se à analisada nos pacientes não expostos. A respeito das infecções respiratórias foi estimado o dobro de chance de surgimento de microrganismos resistentes com o uso de antibacterianos num período dentro de 12 meses. Portanto constatou-se que o uso de antibacterianos causam resistência, e que as consequências não são superficialmente distribuídas para a comunidade ou para o ecossistema, sendo, todavia, direcionadas ao paciente que utilizou o fármaco.

A situação pandêmica declarada em 2020, acerca da COVID-19 causada pelo agente etiológico Sars-Cov-2, promoveu uma incessante e descontrolada busca por tratamentos e profilaxias, entretanto o que se viu foi a utilização de medicamentos sem comprovação científica para tal patologia. O uso de fármacos off label, cuja ação esperada não consta na bula, bem como a adesão maciça à automedicação, aumentaram para níveis alarmantes o uso irracional de medicamentos, destacando-se inclusive o consumo de antibacterianos. (SILVA, ALVES e NOGUEIRA, 2022).

Silva, Alves e Nogueira (2022), em sua pesquisa, trazem dados acerca da antibioticoterapia na COVID-19 que mostram que foram prescritos antibacterianos durante a admissão para 59% dos enfermos, em outro estudo citado pelo autor, entre pacientes hospitalizados apenas 8% apresentaram infecções bacterianas concomitantes à coronavirose. Vale mencionar que dentre as classes de antibacterianos atuais, a mais frequente no tratamento da COVID-19 é a dos macrolídeos, como a azitromicina, pois atua como moduladora da resposta imune, além de possuir ação contra organismos intracelulares e facilitar a autolimpeza das vias aéreas; todavia, conforme estudos, não apresenta benefício clínico para coronavirose.

O autor supracitado alarma que o aumento desenfreado da comercialização de antibacterianos traz preocupação quanto ao aparecimento de bactérias resistentes, constituindo um risco iminente para a saúde pública mundial, com possibilidade de um novo evento pandêmico, mas dessa vez com bactérias pan-resistentes, num futuro próximo.

A seguir, dados acerca do uso de antibacterianos no país para o tratamento da COVID-19, compilados por Silva, Alves e Nogueira (2022) por meio de seu estudo:

Classe farmacológica	Fármaco utilizado	Mecanismo de ação	Mecanismos de resistência mais comuns
Aminoglicosídeo	Amicacina	Inibição da síntese proteica	Bomba de efluxo, Alterações no sítio-ativo, Alteração de permeabilidade, Inativação enzimática.
Análogos do ácido fólico	Trimetropim	Inibição da síntese de metabólitos essenciais	Bomba de efluxo, Alteração de permeabilidade, Via metabólica alternativa.
Beta - lactâmicos	Carbapenêmicos: Imipenem, Meropenem	Inibição da síntese de parede celular	Bomba de efluxo, Inativação enzimática, Prevenção da entrada do fármaco, Alteração de permeabilidade do fármaco.
	Cefalosporinas: Cefotaxina, Ceftriaxona, Ceftarolina, Cefepime, Ceftazidima		
	Penicilinas: Ampicilina - Sulbactam, Piperaciclina, Tazobactam		
Fluoroquinolonas	Levofloxacino, Moxifloxacino	Inibição da síntese de DNA	Bomba de efluxo, Alteração de permeabilidade.
Glicopeptídeos	Vancomicina	Inibição da síntese de parede celular	Bomba de efluxo, Alteração de permeabilidade.
Macrolídeos	Azitromicina, Claritromicina	Inibição da síntese proteica	Bomba de efluxo, Alterações no sítio-ativo, Alteração de permeabilidade, Inativação enzimática.
Oxazolidinonas	Linezolida	Inibição da síntese proteica	Bomba de efluxo, Alterações no sítio-ativo, Alteração de permeabilidade, Inativação enzimática.
Sulfonamidas	Sulfametoxazol	Inibição da síntese de metabólitos essenciais	Bomba de efluxo, Alteração de permeabilidade, Via metabólica alternativa.
Tetraciclinas	Doxiciclina	Inibição da síntese proteica	Bomba de efluxo, Alterações no sítio-ativo, Alteração de permeabilidade, Inativação enzimática.

Paim e Lorenzini (2014) relatam que grandes demandas de pacientes perante a poucos profissionais de saúde converte-se num fator estimulante da emergência e propagação de bactérias resistentes. Além disso apontam como estratégia afim de evitar infecções a educação em saúde por meio de explicações, já que um dos maiores entraves encontrados na prática clínica é a falta de informação dos familiares do paciente acerca

das fontes de risco. Também é classificado como meio de prevenção da resistência bacteriana a educação permanente dos profissionais a respeito da epidemiologia, perfil de vulnerabilidade, uso de antibacterianos adequadamente, infecções bacterianas e realização de estudos epidemiológicos objetivando a vigilância hospitalar e da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de os antibacterianos terem benefícios revolucionários para a recuperação de enfermos, seu uso indiscriminado tornou-se um sério problema de saúde pública a nível mundial. Seu consumo descontrolado pode ocasionar efeitos adversos no paciente, além de estar diretamente ligado com o surgimento da resistência bacteriana.

Tal situação só pode ser contornada com o esforço conjunto de todos os profissionais da área da saúde, sendo necessário que se leve a sério a discussão e os riscos e consequências envolvidos nesse processo, bem como praticar sempre a prescrição racional com atenção à dose e período de uso apropriados, explicação compreensível para o paciente e pesando a relação custo-benefício. Além disso é de suma importância que haja um forte incentivo quanto a orientação da comunidade sobre o consumo indiscriminado dessa classe de fármacos para que haja conscientização, principalmente perante o exposto quanto ao contexto de pandemia que aumentou o consumo excessivo de medicamentos de modo geral.

No âmbito da Saúde Pública é imprescindível que haja melhores programas de conscientização para os profissionais de saúde e população, e ainda mecanismos de fiscalização da comercialização de antibacterianos, com controle e sanções severas aos comerciantes que não exijam a apresentação da receita médica.

REFERÊNCIAS

FÃRINA, N. Resistencia bacteriana: un problema de salud pública mundial de difícil solución. **Mem Inst Investig Cienc Salud**. 2016; 14(1):04-05.

GUIMARÃES, D. O.; MOMESSO, L. S.; PUPO, M. T. Antibióticos: importância terapêutica e perspectivas para a descoberta e desenvolvimento de novos agentes. **Quim. Nova**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 667-679, fev. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php script=sci_arttext&pid=S0100-40422010000300035.

LIMA, C. C.; BENJAMIM, S. C. C.; SANTOS, R. F. S. dos. Mecanismo de resistência bacteriana frente aos fármacos: uma revisão. **CuidArte, Enferm**, p. 105-113, 2017.

LÜLLMANN, H., MOHR, K., & HEIN, L. (2017). **Farmacologia** (7th edição). Grupo A. Pag. 268. https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788582713815

MARTINS, G. S.; MANGIAVACCHI, B. M.; BORGES, F. V.; LIMA, N. B. Uso indiscriminado de antibióticos pela população de são josé do calçado (es) e o perigo das superbactérias. **Acta Biomédica Brasiliensia** / Volume 6/ nº 2/ Dezembro de 2015. www.actabiomedica.com.br.

MELLO, A.F.; FRANCO, D.C.Z. Ivermectina: o problema global do mau uso de antiparasitário: Ivermectin: the global problem of antiparasitic misuse. **Archives of Health**, v. 2, n. 4, p. 1316-1318, 2021.

MONTEIRO, R. F. dos S. et al. O uso indiscriminado de antimicrobianos para o desenvolvimento de micro-organismos resistentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3597-e3597, 2020.

NOVARETTI, M. C. Z., AQUINO, S., & PISCOPO, M. R. Controle de Vendas de Antibióticos no Brasil: Análise do efeito dos atos regulatórios no uso abusivo pelos consumidores. **Revista Acadêmica São Marcos**. v.4, n.2, p. 25-39, jul. /Dez., 2014.

OLIVEIRA, K. R. de, & MUNARETTO, P. (2013). USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS: Responsabilidade de Prescritores, Usuários e Dispensadores. **Revista Contexto & Saúde**, 10(18), 43–51. https://doi.org/10.21527/2176-7114.2010.18.43-51.

OLIVEIRA, N. F. Uso indiscriminado de antibióticos nos serviços da atenção básica: revisão bibliográfica. Trabalho conclusão de curso, **UNASUS UFMG**, 2010.

PAIM, R. S. P., & LORENZINI, E. (2014). Estratégias para prevenção da resistência bacteriana: contribuições para a segurança do paciente. **Revista Cuidarte**, 5(2), 757-764.

SILVA, L. O. P.; ALVES, E. A.; NOGUEIRA, J. MR. Consequências do uso indiscriminado de antimicrobianos durante a pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 10381-10397, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2010. Medicines: rational use of medicines Fact sheet N°338, May 2010. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/. Acessado em: 12 de junho de 2013.

ZIMERMAN, R. A. Uso indiscriminado de antimicrobianos e resistência microbiana. **Brasília, DF: OPAS Brasil**, p. 1-12, 2010.

ORIENTAÇÕES DA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 17/11/2022

Maria Caroline Takahashi dos Santos
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Bruna Kaspary
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Francis Jardim Silveira
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Cátia Aparecida Caixeta
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

O Estatuto da Criança e Adolescente (LEI N.8.069/1990) define a faixa etária entre 12 aos 18 anos como período da adolescência, fase de transição entre a infância e a vida adulta. Ela é marcada por mudanças corporais, emocionais e sociais, pelas quais o indivíduo torna-se independente e assume sua personalidade (FUCHS et al., 2019). Diante de diversas transformações deste estágio, a sexualidade é um marco essencial para manifestação do erotismo, do prazer, das relações afetivas, da prática sexual, da orientação sexual e da reprodução (LOPES et al., 2020). Dessa forma, é importante haver um acompanhamento longitudinal do desenvolvimento desse indivíduo no aspecto biopsicossocial, por meio da Atenção Básica de Saúde.

Ademais, é importante evidenciar que a sexualidade não se restringe ao "ato sexual", pois está relacionada com outras maneiras de busca pelo prazer e também com os sentimentos compartilhados, que se iniciam na infância e se aprimoram até a vida adulta, sendo coordenada pela relação do indivíduo com o ambiente familiar e social. Portanto, o comportamento sexual na vida adulta será um reflexo das suas relações da infância (LARA,2019) .

Embora o âmbito familiar seja importante para a construção da

sexualidade, ainda no século XXI há uma resistência por parte dos responsáveis em abordar esse assunto com os seus filhos, pois acreditam que os incentivariam à prática sexual precocemente (OPAS, 2017). Contudo, essa falta de comunicação faz com que os jovens busquem informações nos meios de comunicação, como a internet, as mídias sociais e os filmes libidinosos, que não possuem confiabilidade em suas referências e podem acarretar comportamentos sexuais inseguros (LOPES et al., 2020).Diante disso, é evidente que a falta de diálogo pode ocasionar relações sexuais de risco, mais incidência de gravidez na adolescência, uso inadequado ou não uso de métodos contraceptivos, abuso sexual e aumento do risco de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (LOPES et al., 2020). Sendo assim, a fim de possuir uma vida sexual segura e saudável é essencial que haja uma comunicação familiar, além de orientações, por um profissional de saúde, sobre a prática segura.

Perante o exposto, o objetivo deste capítulo é abordar a importância do vínculo familiar e acompanhamento dos especialistas da Atenção Básica no desenvolvimento da sexualidade do adolescente, com a finalidade de realizar a promoção da saúde.

MUDANÇAS CORPORAIS E EMOCIONAIS

O período da adolescência é importante para o desenvolvimento, pois trata-se de uma fase de amadurecimento das características sexuais secundárias, além das alterações psicológicas, do surgimento da atração sexual, da necessidade de aceitação e da iniciação da vida sexual (LARA, 2019). Decorrente disso, há uma dificuldade em entender os sentimentos envolvidos nessa fase, sendo um momento no qual ocorre as primeiras experiências do autoconhecimento corporal e dos desejos sexuais (LOPES et al., 2020).

Em vista disso, essas mudanças biológicas motivam a curiosidade do adolescente e causam sentimentos de estranheza em relação ao próprio corpo pela perda das características infantis, o que permite que ele reproduza comportamentos eróticos associados à sua autonomia sexual (HORTA, 2019). Portanto, nessa fase, a masturbação, além de significar apenas a busca pelo prazer, também está associada a auto exploração e a experimentação em ambos os sexos.

Dessa forma, é notório que as principais transformações corporais ocorrem dos 12 aos 15 anos, o que corresponde à fase escolar, a qual é marcada por atitudes repressivas, tanto de colegas como de professores. Essas práticas limitam e ocultam o desenvolvimento de uma pessoa, não a permitindo ser moralmente autônoma sobre sua sexualidade, além de a limitar na criação da própria identidade (ALVES et al., 2015). Também, muitas vezes, o âmbito familiar representa um grande repressor e reflete de forma negativa nos

adolescentes, já que pode ocasionar distanciamento das relações familiares e a procura de informações em fontes não confiáveis, além de formas negativas de interação com os outros.

A atenção à saúde sexual do adolescente, realizada na Atenção Primária em Saúde (APS), deve suprir essa necessidade de uma abordagem essencial, permitindo assim uma vida sem impactos negativos, portanto, mais saudável, além de um ambiente confiável e sem julgamentos do jovem. Para isso, o Caderno de Saúde Sexual e reprodutiva do Ministério da Saúde ressalta a importância de uma equipe multiprofissional para aconselhar e abordar de forma correta os jovens em relação às questões pertinentes a suas idades, principalmente por esse assunto ser desconfortável e complexo, além de ligado a muitos preconceitos e tabus sociais, porém relevante para desenvolvimento da autonomia sexual (FUCHS et al., 2019).

IDENTIDADE DE GÊNERO

A partir da maturação e das modificações biológicas, o processo identificatório começa a ser imposto ao adolescente, porém a formação dos gêneros, por ser persuadida pelo patriarcado, restringe o sujeito à heterossexualidade e aos moldes sociais. Com isso, a heteronorma não reconhece as identidades em que o gênero e as práticas sexuais não são decorrentes do sexo biológico (MATTA, 2020).

Os adolescentes podem vivenciar uma polarização sexual ou confusão bissexual, que se opõe aos valores conservadores e heteronormativos impostos durante todo o seu desenvolvimento. Trata-se de uma insatisfação de gênero, não patológica, que influencia na incapacidade de funcionamento social, como o mal-estar em relação ao sexo anatômico correlacionado à identidade de gênero transexual e à intersexual, representada pela incompatibilidade entre fatores genéticos, anatômicos, comportamental e socialmente percebido e , assim, caracterizando toda a comunidade LGBTQIAP+ (ALVES et al., 2015).

A homofobia é danosa na fase da adolescência, durante essa época qualquer comportamento negativo pode acarretar em prejuízos à saúde dos jovens, por isso problemas psicológicos e biológicos são comuns, principalmente quando não há apoio familiar. Segundo Calzo et al (2019), muitos adolescentes não vivenciam experiências homossexuais por conta do receio da reação dos pais e amigos, retardando esse momento até a fase adulta, quando conquistaram alguma autonomia. Porém essa prática acarreta em desenvolvimento de baixa autoestima, queda no desempenho escolar, problemas na saúde física e mental e até ideação com tentativa de suicídio (BRÊTAS et al., 2020).

Assim, as reiterações da heteronormatividade no contexto familiar podem se manifestar em graus e formas diferentes, indo desde a indiferença e o silenciamento

sobre o assunto até discursos de cunho homofóbico, que ocorrem pela descrença em sua sexualidade e, portanto, obrigam os jovens homoafetivos a se interrogarem sobre a própria orientação sexual, havendo a necessidade de reafirmação social, fato que não ocorre com os heterossexuais (MATTA, 2020). Além disso, os pais não permitem o diálogo por acreditarem que isso incitaria os filhos a realizarem experiências não aprovadas por eles, em razão da liberdade e da curiosidade.

Assim, a falta de comunicação parental gera frustrações na busca pela identidade e autonomia sexual, o que reflete em conflitos e rebeldia decorrentes da busca da superação de limites socialmente estabelecidos pelos pais em relação a condutas entendidas como proibidas (BRÊTAS et al., 2020). Com isso, esse distanciamento familiar gera enfraquecimento das relações e falta de compreensão de um perante o outro, desencadeando preconceitos e discursos de ódio.

RELAÇÕES SEXUAIS

Em meio às grandes transformações corporais, a sexualidade é um aspecto importante na vida do ser humano, e vai envolver vários fatores relacionados à orientação sexual, ao erotismo, ao prazer, à afetividade, à prática sexual e à reprodução. Ela vai se incorporando desde a infância, e é influenciada pelo meio em que vive, com interferências de crenças e de costumes (LOPES et al., 2020).

Nessa perspectiva, visando um melhor entendimento sobre a sexualidade entre os jovens, é importante que eles recebam informações que possam contribuir para a prática sexual, afim de que eles sejam orientados sobre todos os métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Além disso, essas orientações devem vir de pessoas que sejam próximas ou do próprio ambiente familiar e de locais onde existem serviços de saúde (MESQUITA et al., 2017).

É importante frisar que nessa fase da adolescência, principalmente, a ocorrência de violência sexual é considerada um grave problema de saúde pública, pois envolve várias implicações no processo de saúde e doença. Esse abuso pode ocorrer de várias maneiras, como o contato sexual não consensual com ou sem penetração genital, anal ou oral, como atos em que não há contato sexual, por exemplo, a prática de carícias e manipulação de genitália, mama ou ânus, realizada por um adulto ou adolescente de mais idade (SOARES et al., 2016).

Concomitantemente, os adolescentes abusados tem grande risco de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o risco de uma gravidez indesejada decorrente do abuso sexual. Além disso, esses jovens tem a possibilidade de desenvolver problemas biopsicossociais negativos que

vão acompanhá-los até a vida adulta (FONTES et al., 2017).

POLÍTICAS PÚBLICAS

No ano de 2019, foi instituída pela Lei 13.798/19 o artigo 8-A, integrado ao texto da Lei 8069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Semana Nacional da prevenção da Gravidez na Adolescência, sendo realizada anualmente no início do mês de fevereiro, para levar informações aos adolescentes acerca da gravidez precoce, apresentando formas de prevenção e medidas educativas que contribuem para a redução do número de adolescentes que engravidam (REGINA; DIAS, 2022).

É importante ressaltar a questão da saúde de adolescentes relacionada às DST e à Aids é uma preocupação constante nos serviços de saúde. Sabe-se que, o aumento de casos nessa faixa etária está relacionado ao início precoce das relações sexuais de adolescentes, principalmente entre os 15 e 16 anos. Entretanto, esses jovens possuem pouco ou nenhum conhecimento relacionado a uma relação protegida, ou seja, com uso de preservativo ou algum método contraceptivo. Nesse sentido, é nítida a importância do Programa Saúde na Escola (PSE), pois além de trazerem conteúdos sobre educação em sexualidade, também falam sobre o autocuidado e o respeito pelo outro na construção de relações afetivas e sexuais (BRASIL, 2018).

Acerca da violência sexual contra os adolescentes, está expresso no paragrafo 4º do artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que aqueles que cometerem atos de abuso, violência ou exploração sexual contra esses indivíduos serão penalizados severamente. Seguindo essa ideia, é instituído no artigo 5º da Lei 8.069/90 que nenhum jovem poderá ser objeto de nenhum tipo de violência e exploração, sendo punido na forma da lei o agente que cometer tal ato, quando for constatado qualquer tipo de atentado, ação ou omissão aos direitos do menor (SOARES et al., 2016).

Por fim, com a intenção de preservar a imagem do adolescente a Lei 11.829/08 modificou o artigo 240 da Lei 8.069/90, estipulando que aqueles que violassem os direitos de identidade do menor, produzindo, dirigindo, fotografando, filmando ou registrando, de qualquer forma, cena de sexo explicito ou pornográfico envolvendo os jovens. Com isso, será configurado uma conduta passível de ser penalizada, conforme expresso neste mesmo artigo (BRASIL, 2015).

CONCLUSÃO

A adolescência é uma fase de autoconhecimento e novas experiências que provocam sentimentos confusos. Nesse sentido, conclui-se que as mudanças corporais vivenciadas

e as relações sociais influenciam na construção da identidade do indivíduo, podendo gerar consequências maléficas que interferem na construção de um relacionamento futuro. Além de causar frustração no processo de procura de uma nova identidade do adolescente.

Em meio a isso, para o pleno desenvolvimento da sexualidade do jovem faz-se necessário o diálogo no ambiente familiar, porém ainda no século XXI existem barreiras que prejudicam um diálogo construtivo. Isso ocorre pelo fato de os responsáveis acreditarem que ter esse tipo de conversa induzir o filho à prática sexual ou mesmo que são incapazes emocionalmente de conversar sobre esse assunto. Por isso, muitos adolescentes possuem relações sexuais de risco por obterem informações não confiáveis.

Portanto, faz-se necessário que os serviços de saúde da atenção básica principalmente nas escolas através do Programa de Saúde na Escola (PSE), tenha o objetivo de acompanhar o desenvolvimento saudável da sexualidade do adolescente e possa ser um instrumento seguro e confiável para discutir sobre esse assunto, prevenindo os riscos da prática incorreta. No entanto, é importante haver a capacitação dos professores para que o ambiente escolar não seja repressor da autonomia sexual dos estudantes.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo. et al. Identidade de Género e Orientação Sexual na Adolescência Natureza, Determinantes E Perturbações. **Revista Eletrônica de Educação e Tecnologia**, **Nº**, v. 2, n. January 2021, p. 45–61, 2015.

BRASIL. **Cuidando de Adolescentes : orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva**. 1º edição, 2016 [s.l: s.n.]

COUTO, Cleber. Pedofilia no Estatuto da Criança e Adolescente: art. 241-E e sua interpretação constitucional. **Jus.Com**, p. 1–7, 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/41178/pedofilia-no-estatuto-da-crianca-e-adolescente-art-241-e-e-sua-interpretacao-constitucional>.

FONTES, Luiz Felipe Campos, CONCEIÇÃO, Otavio Canozzi e MACHADO, Sthefano. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2919–2928, 2017.

FUCHS, H. et al. Comportamento Sexual na Adolescência Sexual Behavior in Adolescence. **Revista Oficial Do Núcleo De Estudos Da Saúde Do Adolescente / Uerj**, v. 16, n. 3, p. 93–101, 2019.

HORTA, L. C. Vivências da sexualidade na adolescência e seus impactos sobre a relação dos (as) adolescentes com a escola. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p. 18418–18439, 2019.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; MORAES, Silvia Piedade de; FREITAS, Maria José Dias de; GOELLNER, Maila Beatriz, GODOI, Ana Maria LImeira de. Corpo do adolescente: subsídios para intervenção. **Research, Society and Development, v. 9, n. 11, e67991110082, 2020**, v. v 9, n. n 11, p. 1–17, 2020.

LARA, Lucia Alves da Silva. Sexualidade na adolescente. **Femina**, v. 47, n. 4, p. 198–205, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103056>.

LOPES, Inara Rege et al. Perfil do conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 4, p. e3101, 2020.

MATTA, Thenessi Freitas. O Processo de sexual na adolescência: um estudo qualitativo no Rio de Janeiro, Brasil. **Research, Society and Development,v. 9, n. 10, e9019109364, 2020**, v. v 9, n. n 10, p. 1–24, 2020.

MESQUITA, JS ; DA COSTA, MIF; LUNA, I. ; at al. Factores de risco e de protecção entre adolescentes em relação ás DST / VIH/SIDA. **Rev enferm UFPE**, v. 11, n. 3, p. 1227–1233, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/26406/1/2017_art_jsmesquita.pdf>.

OPAS e Ministério da Saúde. **Saúde e Sexualidade de Adolescentes**. [s.l: s.n.], 2017.

REGINA, D.; DIAS, M. Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência. [s.d.], 2022.

SOARES, E. et al. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 87–96, 2016.

OS EMBATES ENTRE O SENSO COMUM E A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Data de aceite: 17/11/2022

Rosangela Mayara Ribeiro
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG-Brasil.

Marisa Costa e Peixoto
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

A incorporação da promoção da saúde em quase todos os países se deu pela chamada "medicina da família", com o médico generalista sendo o maior responsável nesse quesito e, às vezes, atuando sozinho sem nenhuma equipe para ajudá-lo. Os países desenvolvidos foram os primeiros a implantar a promoção, porque começaram a vivenciar novas realidades que necessitavam de melhorias no âmbito da saúde. Nesse sentido, houve a implementação da atenção primária à saúde que surgiu do Programa de Saúde da Família que continua atuante até os dias de hoje (RABELLO, 2010).

A promoção de saúde, conforme definida pela Carta da 1º Conferência Internacional de Promoção de Saúde, também chamada de Carta de Otawa, é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde da população. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Sendo assim, o conceito de saúde não pode ser entendido somente como a ausência de doença, mas sim, como algo que engloba todos os elementos e aspectos que influenciam na qualidade e no bem-estar. São eles: a habitação, a educação, a alimentação, a renda, a equidade, o ecossistema estável, a paz, os recursos sustentáveis e a justiça social (BRASIL, 2021).

Dessa forma, a promoção de saúde é uma estratégia que percebe os fatores que colocam em risco a saúde da população e compreende as diferenças que perpetuam nas necessidades, nos territórios e nas diversas culturas do país. Por meio disso, ela visa criar mecanismos que reduzam a

vulnerabilidade e riscos à saúde, exercer a prática da equidade e permitir o controle social na gestão das políticas públicas (FARIAS; MINGHELLI; SORATTO, 2020).

Existem algumas práticas realizadas, sem muito embasamento científico, que possuem participação na promoção de saúde, como é o caso do conhecimento popular de cada cultura que foi repassado pelos povos antigos e se faz presente até os dias atuais. Através dele, a ciência conseguiu progredir bastante, confirmando ou não a eficácia dessas práticas que atuavam como intervenções nos casos de enfermidades (RIOS, 2007).

Por isso, o elo entre a ciência e o senso comum é tão importante na prática médica e, o profissional de saúde jamais deve menosprezar um conhecimento que foi aprendido por algum de seus pacientes e, caso aquilo não possua nenhuma eficácia ou cause danos à saúde dele, o profissional deve apenas orientá-lo sobre as possíveis consequências que podem ser acarretadas devido àquela prática exercida e ensiná-lo outros métodos que serão eficazes sem, nunca, fazer julgamentos (RIOS, 2007).

A tradição e a cultura sempre foram influenciadas por mitos e crenças que foram passadas de geração em geração. Atos cirúrgicos e técnicas de tratamento eram aceitas pela população mesmo sem possuir comprovação científica. Com mais estudos, posteriormente, descobriu-se, então, que diversas práticas das crenças populares realmente eram eficazes e contribuíam para a saúde da população (BIANCHINI; KERBER, 2010).

Dessa forma, é fundamental criar maneiras que consigam articular o saber científico e a visão tradicional que o usuário possui, para que se torne possível a construção de práticas de cuidados mais eficazes e integrais para a promoção de saúde que não causem prejuízos na saúde dos pacientes (ALCIOLI et al., 2016).

1 | PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

Em 22 de junho de 2006, foi aprovada por meio do decreto nº 5.583 a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que tem como objetivo garantir o acesso seguro e racional de plantas medicinais e fitoterápicos, ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A fitoterapia é o tratamento que envolve plantas medicinais e fitoterápicos, com uma prática milenar que persiste até hoje e que, no Brasil, está influenciada por fatores sociais, econômicos e culturais (FRANCA et al., 2021).

Atualmente, houve a expansão no uso desses medicamentos, influenciada por diversos fatores como os efeitos colaterais que o uso crônico dos medicamentos industrializados gera no indivíduo, a falta de acessibilidade à assistência médica,

a tendência ao uso da medicina integrativa, o alto custo dos remédios alopáticos e as crescentes publicações em redes virtuais que faz propaganda desses produtos com o intuito de venda (MONTE; GOMIDES, 2021).

O aumento do uso dos fitoterápicos e das plantas medicinais pode, também, estar relacionado com a concepção que a população tem de que se é algo natural não vai gerar nenhum malefício para a saúde, e essa ideia acaba por promover o uso indiscriminado dessas substâncias pela população. Com isso, a utilização inadequada pode gerar intoxicação, reações alérgicas e ineficácia no tratamento além de que, esses fatores também podem ser desencadeados por erros na posologia, na identificação das espécies, na forma de cultivo, na colheita, no armazenamento, na conservação ou no preparo delas (SILVA; ALMEIDA; ROCHA, 2010).

Sua administração juntamente com outros medicamentos também causa efeitos negativos já que podem ocasionar interações medicamentosas, que é a interferência de um fármaco ou de um alimento na ação de outro como, por exemplo, o alho que é usado na fitoterapia por ser considerado anti-hipertensivo e hipoglicemiante e que, quando faz interação medicamentosa com a insulina ou o glizipida, intensifica o efeito delas e diminui a glicose no sangue mais do que o necessário, trazendo efeitos negativos para o paciente (FRANCA et al., 2021).

Existem alguns grupos, denominados grupos de risco, que são mais propensos a sofrer com reações adversas decorrentes do uso desses medicamentos. São eles as crianças, as gestantes e os idosos. Algumas substâncias no organismo das gestantes podem causar alterações hormonais, alteração morfológica do feto e até causar aborto porque estimulam a contração uterina na mulher e outras podem causar sintomas graves que levam ao comprometimento renal em crianças e idosos (MEDEIROS et al., 2011).

Dentre esses três grupos, os idosos acabam sendo os mais afetados porque, no decorrer da vida, desenvolvem diversas patologias sendo elas, na maioria das vezes, relacionadas com o sistema circulatório e o cardíaco, o que os leva a procurar plantas medicinais e fitoterápicos que possuem propriedades sedativas e hipotensoras que amenizam os sinais dessas doenças, mas que geram prejuízo caso não forem utilizados da maneira correta (GATTO et al., 2020).

Além disso, os idosos também possuem uma diminuição do metabolismo e alguns órgãos já estão com as funções comprometidas, o que dificulta a metabolização dos princípios ativos tanto das ervas quanto dos medicamentos alopáticos (FRANCA et al., 2021).

Com isso, é recomendado que o tratamento com fitoterápicos seja feito com o consentimento e a supervisão de um médico e, além do médico, deve haver assistência

farmacêutica, na qual o farmacêutico analisa os medicamentos usados pelo paciente para saber se eles podem interagir com os fitoterápicos e gerar reações adversas e, também, verificar se a dosagem está correta para as características individuais de cada paciente (GATTO et al., 2020).

No entanto, até mesmo os profissionais da área da saúde não possuem conhecimento suficiente sobre a fitoterapia por não terem recebido formação a respeito dela, tornando-se assim, inaptos para orientar os pacientes quanto ao uso dessas substâncias (FRANCA et al., 2021).

2 | CUIDADOS COM BEBÊS E RECÉM-NASCIDOS

2.1 Banho

Existem crenças, que envolvem o processo do banho do bebê, que passaram de geração em geração, como o ato de benzer ou cruzar a água da banheira sobre o corpo da criança e a de colocar um pouco da água do banho na boca dela, embora essa última seja menos comum (LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011). Além disso, muitas mães fazem banhos de infusão de ervas e flores, como a rosa branca e, também, misturando amido de milho na água para curar o milium sebáceo ou dando banho de picão com o intuito de tratar a icterícia (SILVA, 2020).

Um problema decorrente dessa prática, é que quando se faz o banho de imersão para esse “ritual”, as chances de o bebê desenvolver onfalites aumentam e coloca em risco a saúde da criança. Dessa forma, para evitar esse problema, é recomendado fazer apenas o banho de aspersão e sempre deixar que a água escoe da banheira por algum orifício não permitindo que ela se acumule (LINHARES et al., 2017).

Outra crença, que também interfere nesse processo, é a de que o banho não deve acontecer nos primeiros dias de vida, pois, há uma crença que, feito isso, as chances de o bebê adoecer aumentam. No entanto, os profissionais da saúde preconizam e estimulam o banho diário, mesmo nos recém-nascidos (BIANCHINI; KERBER, 2010).

Algo que ajudaria a evitar o adoecimento do recém-nascido, seria a retirada gradativa, e não de uma vez, do vérnix caseoso, já que ele gera benefícios para sua saúde como ajudar na termorregulação, manter a hidratação da pele e evitar que ela descame, reduzir o eritema tóxico neonatal e contribuir para a colonização da pele por bactérias não patogênicas (RUSCHEL; PEDRINI; CUNHA, 2018).

2.2 Coto umbilical

Após o nascimento, o coto umbilical é o local mais propício para ser colonizado por microrganismos e gerar infecções localizadas ou generalizadas que colocam em risco a

vida do recém-nascido e, sabe-se que, quanto maior for o tempo até que o coto caia, maior é o risco de infecção (PIRES, 2016).

Dessa forma, uma grande preocupação dos pais em relação aos seus filhos nos primeiros dias de vida envolve os cuidados adequados com o coto umbilical e, costumes antigos foram sendo repassados da população mais velha para a mais nova e até hoje são praticados. Muitas mães, por recomendação de conhecidos mais velhos, ainda colocam substâncias estranhas no coto umbilical, sendo as mais comuns o pó de fumo, o pó de pena de galinha, pós secantes, óleo de amêndoa, azeite de mamona e chá de camomila. Segundo as crenças, ao se passar essas substâncias sobre o coto umbilical elas vão fazer com que ele caia mais rápido, além de que elas também favorecem a cicatrização. Outra prática que também é comum, é tentar evitar o abaulamento do coto para que, então, ele fique com um aspecto mais "bonitinho". Para isso, as pessoas colocam faixas e moedas no local (TOMELERI, 2008).

Como senso comum que o coto umbilical é um potencial foco de entrada de microrganismos, os profissionais de saúde orientam que se deve prevenir a umidade no local, já que ela predispõe as infecções e atrasa sua queda. O álcool 70, a iodoprovina e a CHX são os principais produtos recomendados atualmente para fazer a higienização do coto, tendo sua eficácia cientificamente comprovada. Também, não se deve usar nada que abafe o local e até mesmo a fralda deve ser dobrada para baixo para evitar o contato. Outro cuidado importante é a mãe sempre lembrar de higienizar as mãos que podem estar contaminadas e sempre estar verificando possíveis sinais de infecção tanto no coto quanto na pele que o circunda, que são cheiro fétido, rubor, hemorragia e exsudado purulento. (PIRES, 2016)

2.3 Aleitamento materno

O aleitamento é outra prática que é muito influenciada por mitos. Em muitos casos, mesmo a mãe recebendo orientações dos profissionais de saúde sobre a amamentação ela prefere seguir os conselhos de pessoas mais velhas que são consideradas como portadoras de experiência. Com isso, muitas mães deixam de amamentar seus filhos por ouvirem que seu leite está fraco e não vai conseguir suprir as necessidades do bebê (BIANCHINI; KERBER, 2010)

É possível que essa crença seja baseada na coloração do leite, que pode ser mais transparente em alguns momentos e, também, por causa do excesso das mamadas diárias do bebê durante um dia. Porém, vale ressaltar que a cor do leite varia, sendo mais transparente no início da mamada por causa da grande quantidade de água, mais branco no meio da mamada devido a alta concentração de caseína e mais amarelado no final poque vai haver a presença do betacaroteno. Já quanto ao número de mamadas, um bebê que

só recebe o aleitamento materno, mama de oito a doze vezes ao dia e essa quantidade de amamentação pode ser interpretada pela mãe como se o seu leite não estivesse matando a fome da criança (BRASIL,MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Assim, o senso comum sobre o aleitamento materno faz com que a criança não tenha a amamentação exclusiva até, pelo menos, os seis meses de vida, o que desencadeia vários prejuízos para sua saúde como a maior exposição a agentes infecciosos, contanto com proteínas estranhas que podem desencadear processos alérgicos e aumentar o risco de diabetes tipo I, prejuízo na digestão e assimilação de elementos nutritivos, entre outros; atrapalhando as tentativas de se promover uma vida saudável para os bebês (ALMEIDA et al., 2019).

3 I VACINAÇÃO

A vacinação é uma das intervenções mais efetivas e de menor custo que garante a promoção e a proteção da saúde dos indivíduos e da coletividade. Ela é considerada um modificador no curso das doenças, pois, diminui a morbidade e a mortalidade causada por doenças infecciosas e, atualmente, constitui-se como componente obrigatório dos programas de saúde (MARTINS; SANTOS; ÁLVARES, 2018).

Em 1796, o inglês Edward Jenner desenvolveu o primeiro método seguro de vacinação, quando inoculou o exsudato de uma vaca que possuía varíola em uma criança de aproximadamente oito anos. Foi, então, constatado que, mesmo ocorrendo reações adversas e sintomas brandos, o menino ficou protegido contra a patologia mesmo após ser submetido ao contato com o vírus (CREPE, 2009).

No entanto, mesmo as doenças sendo controladas pela imunização, movimentos de pessoas que eram contra as vacinas já existiam até mesmo antes da primeira delas ser descoberta. Como antigamente as crenças religiosas possuíam efeitos muito fortes na ciência e no conhecimento da população, houve vários argumentos religiosos contra essa prática. O teólogo inglês Edmund Mossey pregou que as doenças são enviadas por Deus como forma de castigar os pecadores e que, qualquer tentativa de preveni-las seria uma operação diabólica, porque os desejos de Deus não devem ser modificados. Houve outras oposições contra essa prática em outros lugares do mundo, inclusive no Brasil em 1904, no Rio de Janeiro que, diferentemente de alguns países, a revolta da população não se deu pela crença religiosa, foi pela violência que era praticada por aqueles que eram responsáveis por vacinar a população (LEVI, 2013).

Entretanto, atualmente, os movimentos antivacinas perderam muito a base religiosa e agora o que predomina é o fenômeno de classes sociais mais altas e de alguns grupos intelectuais, além de que a internet se tornou um importante veículo de disseminação de

fake news sobre esse assunto (LEVI, 2013).

São inúmeros os fatores que desencadeiam a hesitação vacinal, um deles é a crença que a população tem de que as vacinas não são seguras e que elas podem causar doenças graves e efeitos secundários a curto e longo prazo. Então, as pessoas acreditam que o dano causado por não se vacinar é mais aceitável que os possíveis danos causados pelas vacinas. Como exemplo, tem a recusa dos pais de vacinarem seus filhos porque existem relatos de crianças que desenvolveram o autismo depois de serem imunizadas. No entanto, a realidade é que possui uma coincidência entre a época que já é possível se fazer o diagnóstico do autismo e a época em que as crianças têm que se vacinar (FONSECA, 2019).

Outras pessoas acreditam que a vacina previne doenças que têm baixo risco de serem contraídas e que são fácies de tratar e, por isso, atrasam ou não as tomam. A ideia de que vai haver uma "sobrecarga do sistema imunitário", principalmente nas crianças, o que seria negativo para o desenvolvimento do sistema imunológico "natural", também gera aversão a imunização assim como a ideia de que os indivíduos totalmente saudáveis possuem um sistema imunológico muito forte e que não precisam ser vacinados. Outro fator que causa a recusa, mas não se relaciona com o senso comum, é a falta de informação. Quando o profissional da saúde não faz orientações sobre para o que serve a vacina e sobre o calendário de imunizações, as pessoas não a tomam porque não entendem qual o fundamento que ela possui e nem quando é a época ideal para se vacinar. (FONSECA, 2019)

4 | CONCLUSÃO

Infere-se, portanto, que o avanço técnocientífico na área da saúde proporcionou grande evolução nos saberes dos tratamentos e cuidados da população para prevenir as enfermidades e, grande foi a contribuição das pessoas mais velhas que repassaram o conhecimento de muitas técnicas que foram comprovadas e seguem sendo utilizadas até hoje. Outras, no entanto, precisam ser alertadas quanto o seu prejuízo para a saúde.

Como o senso comum permeia por diversas práticas nas diferentes faixas etárias é necessário que o médico questione sobre como está sendo realizado os cuidados com os recém-nascidos e os bebês; sempre se atentar ao cartão vacinal da população procurando entender o porquê que algum paciente não se vacinou, ao invés de somente dizer que ele deve tomar a vacina e; sempre perguntar, também, se os pacientes usam algum método alternativo de tratamento como o uso de plantas e fitoterápicos e, em caso afirmativo, pedir que a pessoa detalhe como é feito o uso.

Assim é importante que os profissionais da saúde sempre procurem obter

conhecimentos mais aprofundados sobre o senso comum que persiste entre seus pacientes, porque a promoção de saúde é afetada não só por aqueles que recusam a ciência e continuam com as práticas que eles acreditam, mas, também, pela falta de orientação que, às vezes, eles não recebem.

REFERÊNCIAS

ALCIOLI, Sonia; KEBIAN, Luciana Valadão Alves; DIAS, Juliana Roza; CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira; DAHER, Donizete Vago; MARTINS, Amanda de Lucas Xavier. Saberes Científicos e populares na Estratégia Saúde da Família na perspectiva hermenêutica-dialética. **Online Brazilian Journal of Nusing**, 2016.

ALMEIDA, Lorena de Melo; COSTA, Alcione Pereira da; SANTOS, Flavia Eunice Gonsalves dos; MEDEIROS, Paloma Keila de; OLIVEIRA, Silvia Ximenes; NÓBREGA, Maria Mirtes da. Desmame precoce: principais causas e consequências para o bebê e para a mãe, uma revisão literária. **Temas em Saúde**, v. 19, n. 3, p. 214–228, 2019.

BIANCHINI, Cristiane de Oliveira; KERBER, Nalú. Mitos E Crenças No Cuidado Materno E Do Recém-Nascido. **Vitalle - Revista de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 35–50, 2010.

BRASIL,MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, nº 23, 2015.

CREPE, Charles Alberto. Introduzindo a imunologia: vacinas. **Secretaria de Estado da Educação – PR**. p. 0-25, 2019.

FARIAS, Joni Marcio De; MINGHELLI, Luana Cademartori; SORATTO, Jacks. Promoção da saúde : discursos e concepções na atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 381–389, 2020.

FONSECA, Inês Bravo Cabral da. Crenças e Atitudes dos Pais sobre a Vacinação na Infância. **Dissertação de Mestrado em Psicologia pela Universidade de Lisboa.** 2019.

FRANCA, Manasses Almeida de; LIMA, Wenderson Renovato de; OLIVEIRA, Thales Soares de; SANTOS, Jaqueline Nascimento dos; FIGUEREDO, Climério Avelino de; SOUSA, Maria do Socorro; GALVÃO, Bruno Henrique Andrade; COSTA, Danielly Albuquerque da. O uso da Fitoterapia e suas implicações. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 19626–19646, 2021.

GATTO, Marcos Antônio; MEDEIROS, João Vinícius; MARTINS, Paulo César; AUGUSTO, William Cláudio; SAITO, Priscila. A assistência farmacêutica na conscientização do uso indiscriminado de medicamentos fitoterápicos. **Revista Eletrônica Múltiplo Saber**, v. 52, 2020.

GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; SILVA, Maria da; SANTOS, Andressa Silva Torres dos; PONTES, Brenda Freitas; LUCCHESE, Ingrid; SILVA, Mariana Tavares. Cuidado pós-natal de recém-nascidos no contexto da família : **revisão integrativa**., v. 73, n. 4, p. 1–10, 2020.

LEANDRO, Julliana de Souza; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Cuidado familial de recém-nascidos no domicílio: um estudo de caso etnográfico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. spe, p. 223–231, 2011.

LEVI, Guido Carlos. Recusa de vacinas: causas e consequências, **São Paulo: Editora Segmento Farma**, 2013.

LINHARES, Eliane Fonseca; MARTA, Felipe Eduardo Ferreira; Dias, Joana Angélica Andrade; SANTOS, Maria da Conceição Quirino dos. Influência geracional familiar no banho do recém-nascido e prevenção de onfalites. **Revista enfermagem UFPE on line**, v. 11, p. 4678, 2017.

MARTINS, Karla Moreira; SANTOS, Walquiria Lene dos; Álvares, Alice da Cunha Morales. A importância da imunização: revisão integrativa.**Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v.2, n.2, p. 96-101, 2019.

MEDEIROS, César Augusto Costa de; BEZERRA, José Jailson Lima; SILVA Bruna Barbosa Maia da; ALVES, Fábia Rafaella Silva. Uso indiscriminado de plantas medicinais como recursos terapêuticos : uma revisão. **Anais III CONBRACIS.** n. 1, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, 2016.

MONTE, Lindiely Cabral Do; GOMIDES, Rafael Rodrigues. Uso Irracional Dos Medicamentos Fitoterápicos: Uma Revisão Da Literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. v. 7, n. 10, p. 764–785, 2021.

PIRES, Catarina Sofia Martins. Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. **Revista de Enfermagem Referência**, *[S. l.]*, 2016.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde***:* a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. **Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ**, 2010.

RIOS, Ediara Rabello Girão; FRANCHI, Kristiane Mesquita Barros; SILVA, Raimunda Magalhães da; AMORIM, Rosendo Freitas de; COSTA, Nhandeyjara de Carvalho. Senso comum , ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 12, n. 2

RUSCHEL, Luma Maiara; PEDRINI, Diane Bressan; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz Da. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. **Revista gaucha de enfermagem**. v. 39, p. e20170263, 2018.

SILVA, Anunciação. Cuidado pós-natal de recém-nascidos no contexto da família : revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. Suppl 4, p. 1–10, 2020.

SILVA, Roberto Pereira da; ALMEIDA, Aila Kaliana Pereira de; ROCHA, Francisco Angelo Gurgel da. Os Riscos Em Potencial Do Uso Indiscriminado De Plantas Medicinais. n. 1, 2010.

TOMELERI, Keli Regiane; RODRIGUES, Lisandreia Costa; SIMPLICIO, Vanessa Pereira. Mitos e verdades sobre o coto umbilical: visão da mãe. p. 87686, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion.** [Geneva]: WHO, 1986.

TABU NA SEXUALIDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Data de aceite: 17/11/2022

Giovana Maria da Silva Santos
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Maira Eduarda de Sousa Sgreccia Morais
Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Paula Marynella Alves Pereira Lima
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Francis Jardim Pfeilsticker
Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, Brasil.

Sigmund Freud, neurologista e psiquiatra do século XIX, foi o primeiro estudioso a definir sexualidade e a discutir seus conflitos, uma vez que os preconceitos da Era Vitoriana (1837 - 1901) reprimiam a abordagem dessa temática até então (MAIA, MEDEIROS, FERREIRA, 2018).

Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) define sexualidade como um aspecto central do ser humano que está relacionado a sexo, identidades e papeis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Ainda segundo a OMS a sexualidade inclui diversas dimensões sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Ainda que 30 anos se passaram desde a definição de Freud, falar sobre sexualidade ainda é um grande desafio na sociedade:

> Amplamente complexo e envolto por acentuadas controvérsias, o tema da sexualidade ainda é muito difícil de ser debatido, mesmo na sociedade atual, onde se tenta enxergar o assunto numa ótica de liberdade e extrema abertura. Ao longo da história ocidental, o tema da sexualidade foi alvo de distorções e repressões, gerando inúmeros tabus, e sendo muitas vezes reduzido a esfera da genitalidade ou como mero mecanismo natural de procriação. (SILVA E BRÍGIDO, 2016, p. 125-138).

Nesse sentido, a promoção de saúde é impactada pelos preconceitos e tabus ainda existentes na comunidade a respeito da prática sexual, haja vista que muitos problemas como gravidez na adolescência, aumento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, agravos na saúde mental e aborto ilegal, estão relacionados com a falta de naturalidade ao abordar a sexualidade. Logo, reforçando a importância deste aspecto, deve-se ressaltar que o prazer sexual por si só pode melhorar os aspectos biopsicossociais de indivíduos de diferentes faixas etárias e ainda influenciar positivamente nas estratégias de saúde pública (CURLEY, JOHNSON, 2022).

Desse modo, 7,9% das meninas com idade entre 13 e 17 anos que já tiveram relação sexual engravidaram alguma vez na vida (IBGE, 2019). Além disso, em 2019, aproximadamente 1 milhão de pessoas com idade igual ou superior a 18 anos contraíram alguma infecção sexualmente transmissível (IBGE, 2019). Outrossim, 36,7% dos estudantes de 13 a 17 anos relataram não ter usado preservativo na primeira relação sexual (IBGE, 2019).

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A.do.les.cên.ci.a (s.f): Período do desenvolvimento humano, entre a puberdade e a idade adulta, durante o qual ocorrem mudanças físicas, como o crescimento acelerado e a maturidade sexual e alterações psicológicas e sociais (MICHAELLIS, 2022).

Apesar da definição, no Brasil, não há um consenso sobre a faixa etária da adolescência: para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) essa fase vai dos 12 aos 18 anos de vida, sendo referência para criação de leis e programas que asseguram os direitos desta população. Já para o Ministério da Saúde, seguindo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o período entre 10 e 20 anos de idade (VIVENDO A ADOLESCÊNCIA, 2000).

Além disso, de acordo com a pesquisa “O cenário da Infância e Adolescência no Brasil” de 2022 da Fundação Abrinq, pessoas entre zero e 19 anos representam cerca de 33% da população brasileira e, dentre os principais problemas de saúde dos adolescentes, a gravidez é a que mais se sobressai (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021). Antigamente, engravidar antes dos 19 anos era comum e não se constituía um problema de ordem pública. No entanto, as redefinições na posição social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização, e o fato da maioria destes nascimentos ocorrer fora de uma relação conjugal despertam atenção para os casos de gravidez na adolescência (BRANDÃO, HEILBORN, 2006).

Nesse sentido, o relatório de 2017 da Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO) mostrou que, entre 2010 e 2015, a média brasileira foi de 68,4 bebês nascidos de mães

adolescentes a cada 1.000 meninas de 15 a 19 anos. Além disso, em 2018, por meio do relatório de Estatísticas do Registro Civil, 432.460 bebês nasceram de mães adolescentes, o que representou quase 15% de todos os nascimentos no país naquele ano (Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2018). Esses dados revelam o preocupante cenário brasileiro, já que a descoberta e a vivência da sexualidade na adolescência, não acontece de forma segura.

Sobre esse assunto, o desenvolvimento da sexualidade é permeado por diversos elementos como carícias íntimas, descoberta gradativa do próprio corpo e do corpo do parceiro, conversas, dúvidas e medos. Nesse contexto de novas sensações e novos sentimentos, os jovens precisam de orientações como, por exemplo, prevenção de gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis, violência sexual, fisiologia do próprio sistema genital, orientação sexual, entre outros.

Entretanto, devido ao tabu histórico a respeito da sexualidade, na maioria das vezes, esses assuntos não são abordados nem pela família, que tem receio de incentivar as práticas sexuais nos jovens, nem pela escola, a qual ou não tem profissionais aptos à discutirem sobre o assunto ou tem medo de represálias pelos pais dos alunos, e nem pelos médicos, visto que os próprios agentes de saúde sentem vergonha e constrangimento ao perguntarem sobre esses temas.

Dessa forma, os adolescentes vão buscar ajuda em sites não confiáveis e até em conteúdo pornográfico, adquirindo conhecimentos vagos e distorcidos. Essas limitações de informações contribuem para que os jovens iniciem sua vida sexual de forma despreparada e sem prevenção, expondo-se a gravidez (FLORIDO, 2019).

Nesse viés, se uma gravidez planejada já traz diversas mudanças para o cotidiano da família, para uma adolescente que, na maioria dos casos, não recebe suporte do parceiro e ainda é financeiramente dependente dos pais, essas alterações são ainda mais severas:

> As consequências indesejáveis da gravidez no período da adolescência não são basicamente biológicas, mas, sobretudo, psicossociais, culturais e econômicas. Atualmente, a adolescência passou a ser considerada como período para atividade escolar e para preparação profissional no contexto de dependência familiar, tanto econômica quanto emocional. Quando ocorre a gravidez, a jovem tem de realizar, de uma só vez, tanto todos os ajustes exigidos por esse novo estado quanto os exigidos pela adolescência. (SILVA, 2011).

Há ainda diversas outras consequências sociais tais como os conflitos familiares, o comprometimento dos estudos, menor chance de qualificação profissional, com óbvios reflexos para as oportunidades de inserção posterior no mundo do trabalho, impossibilidade de estabelecer uma família com plena autonomia e autogestão e, ainda, dependência financeira absoluta dos pais (TABORDA, et al, 2014).

Do ponto de vista da saúde, a gestação na adolescência apresenta diversos riscos para a jovem, visto que parto e complicações da gestação são as principais causas de hospitalização e morte entre adolescentes mulheres em países em desenvolvimento. Anemia, pré-eclâmpsia e hemorragia pós-parto podem ocorrer em proporções maiores que em gestantes adultas. Ademais, bebês de adolescentes tem mais risco de nascer pré-termo, ter baixo peso ao nascer, ter baixa pontuação na avaliação APGAR e sofrer morte perinatal (SILVA, SURITA, 2017).

Portanto, depreende-se que o tabu histórico sobre sexualidade, ao impedir que os jovens recebam orientações sobre métodos contraceptivos, fisiologia do sistema genital e consequências de uma gestação não planejada, por exemplo, dificulta a efetividade das ações de promoção em saúde, visto que leva a relações sexuais desprotegidas e pode resultar em uma gravidez na adolescência, trazendo diversas consequências para a mulher e colocando mãe e bebê em situações de risco para agravos em saúde.

ABORTO ILEGAL

A Organização Mundial da Saúde define abortamento como interrupção da gestação com a extração ou expulsão do embrião ou do feto de até 500 gramas antes de completar a vigésima segunda semana de gestação, período no qual o nascituro ainda não consegue sobreviver fora do útero. O aborto - resultado do processo de abortamento - pode ser de 2 tipos: espontâneo, ocorrido de forma natural, ou induzido, realizado intencionalmente por meio de medicações ou procedimentos de curetagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No Brasil, o aborto induzido é considerado crime contra a vida pelo artigo 128 do Código Penal e só pode ser realizado nas seguintes situações: quando a gravidez representa risco de vida para a gestante e não há outro meio de salvar sua vida; quando a gravidez é resultado de um estupro; ou quando o feto é anencefálico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nesse sentido, dados como 16 a cada 1000 mulheres tiveram um aborto induzido em 2013 (DOMINGUES, 2020) e cerca de 20% das mulheres até os 40 anos induziu o aborto pelo menos uma vez (DINIZ, 2016), levantam questionamentos sobre o porquê de tal ato. Assim, percebe-se que mesmo com tantas informações sobre fisiologia do ciclo fértil das mulheres, métodos contraceptivos e planejamento familiar, por exemplo, ainda há tantas mulheres que passam por uma gravidez indesejada.

De uma forma geral, as diversas causas que levam a uma gestação não planejada e, consequente, procura aos serviços ilegais de aborto estão relacionadas com o tabu na sexualidade. Isso porque, ao não se permitir falar sobre os diversos assuntos dessa temática, as diversas informações disponíveis não são acessadas e compartilhadas pela

grande maioria da população. Na sociedade brasileira, o tema sexualidade ainda se encontra cercado de mistério e tabus (SOUSA, 2006).

Essa repressão em falar sobre sexualidade permeia diferentes âmbitos sociais: na família, muitas vezes o casal não dialoga sobre a possibilidade de uma gestação e não fazem uso de métodos contraceptivos; na escola, a educação sexual é escassa e desperdiça a oportunidade de instruir os jovens sobre temas como os ciclo reprodutivo, sobre as diferentes opções de contracepção, sobre como usá-los de forma correta, sobre as consequências de uma gestação não planejada, entre outros. Vale ressaltar ainda que, a censura sobre temas relacionados com a sexualidade resulta em não alertar as pessoas sobre as diferentes formas de coerção sexual existentes as quais podem, até mesmo, resultar em uma gravidez não desejada e posterior remoção ilegal e não segura do feto. Essa relação pode ser evidenciada no artigo Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens:

> A associação entre a declaração de coerção sexual e de aborto se manteve (...). Esse dado evidencia o quadro de vulnerabilidade de gênero em que as jovens estão inseridas, no qual a declaração de coerção sexual aparece associada a outros fatores, como o recurso ao aborto, denotando certa precariedade nas negociações em termos de sexualidade e reprodução (PILECCO, 2011).

Ademais, infere-se que dentro do consultório médico, o tabu na sexualidade impede que dados relevantes para a conduta do profissional sejam colhidos e devidamente trabalhados ao longo das consultas. Muitas vezes, por vergonha, medo e preconceito, médico e pessoa atendida não abordam itens como atividade sexual, uso de métodos contraceptivos e planejamento familiar, o que corrobora a ocorrência de gestações indesejadas e, por conseguinte, práticas clandestinas de abortamento.

Sobre esse assunto, mesmo nos casos em que o abortamento é permitido, muitas vezes, além de os médicos escusarem-se de realizá-lo sob alegação de divergência moral, não há infraestrutura adequada para o procedimento (MORAIS, 2008). Desse modo, se essa é a realidade enfrentada pelas gestantes legalmente autorizadas, as mulheres que se submetem ao aborto clandestino se colocam em situações ainda mais perigosas e com sérios riscos à saúde.

Nesse viés, o aborto representa a quarta causa de morte materna no Brasil, sendo as práticas inseguras a causa básica dessas mortes, pois o uso de instrumentos rígidos, aumenta a possibilidade de perfuração uterina. Além disso, algumas substâncias químicas instiladas dentro da cavidade uterina podem provocar Necrose Miometrial. Outro fator recorrente é a infecção por microrganismos como a bactéria *Clostridium perfringens* (BRASIL, 2000). Hemorragia grave, esterilidade e infecção das trompas são outras

consequências ginecológicas frequentes (ALVE, 2005).

Assim, conclui-se que o tabu na sexualidade, ao impedir o diálogo e o acesso a informações como planejamento familiar, educação sexual, métodos anticoncepcionais, entre outros, dificulta o pleno exercício da promoção em saúde, uma vez que corrobora a ocorrência de gestações não desejadas e não planejadas, e consequentemente, coloca as mulheres em situação de alto risco em procedimentos ilegais de aborto.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

O Ministério da Saúde define como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aquelas causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, que podem ser transmitidas por múltiplos meios, em especial, pelo contato sexual, sem uso de preservativo (feminino ou masculino) com uma pessoa que esteja infectada. No Brasil, o tratamento para tais enfermidades é realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), de maneira gratuita, embora a prevenção a essas infecções seja mais eficaz. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Nesse cenário, como já abordado, estudos sobre relações sexuais vêm sendo abordados há séculos, entretanto, Diógenes de Sínope, um dos principais nomes da Grécia Antiga, ainda no ano 412 a.C., defendia que precisamos dar atenção somente às necessidades naturais: comer, beber, excretar, dormir e transar, ressaltando o sexo como uma necessidade natural e “instintiva” do ser humano. Neste âmbito, este pensamento, como pode-se destacar, é criticado até os dias atuais. Desse modo, percebe-se ainda que apesar de todos os avanços psicológicos e sociológicos instaurados “em pleno século XXI” e tratando-se de um assunto intrínseco à biologia humana, a população ainda sente-se envergonhada em abordá-lo. Sendo assim, a medicina acaba sendo prejudicada, especialmente, quando pretende-se prevenir as IST’s entre públicos sexualmente ativos que não são comentados: adolescentes, homossexuais e idosos; haja vista que o tabu da prática sexual entre estas populações é bastante prevalente (FURLANI, 2009).

ADOLESCENTES

Segundo a OMS (OMS, 2015), aproximadamente 250 milhões de pessoas, em todo mundo, serão diagnosticadas com alguma Doença Sexualmente Transmissível, sendo a maioria destes adolescentes. De acordo com estudos do Jornal da Universidade Federal de São Paulo, foi detectado um aumento de 64,9% das IST’s entre jovens de 15 a 19 anos e de 74,8% para os de 20 a 24 anos, entre 2009 e 2019 (Jornal da Universidade Federal de São Paulo, 2021).

Por conseguinte, na tentativa de compreender o aumento dos casos de IST’s (Infecções Sexualmente Transmissíveis) entre jovens, Sousa e colaboradores (2018),

relacionam o fato à vulnerabilidade dos jovens a essas moléstias, as quais apresentam causas diversas, a destacar: início precoce da atividade sexual, a necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais, aumento do consumo de álcool e outras drogas, e questões de gênero. Ainda, vale ressaltar que muitos consideram-se suficientemente informados, a ponto de não perceberem o risco de adquirir IST.

Posto isto, o melhor modo de evitar o crescimento de casos de IST's é a prevenção, que deve ser realizada em conjunto pelos profissionais da saúde e responsáveis pelos adolescentes, abordando o assunto de modo natural, sem julgamento ou repreensões, por meio de questionamentos e deixando em aberto a possibilidade de tirar dúvidas, esclarecendo a importância em se proteger nas relações sexuais para evitar as infecções.

LGBTQI+

Ao final do século XX, uma epidemia se alastrou por diversos países do mundo, que inicialmente foi nomeada de "peste gay", devido à crença de ser uma doença que se manifestava apenas entre homossexuais, tal enfermidade é a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Hoje, sabe-se que esses julgamentos eram frutos dos errôneos preconceitos presentes naquela época, haja vista que todos podem adquirir o vírus se praticar relações sexuais desprotegidas com qualquer pessoa previamente contaminada. (NALIN,2021)

Diante do exposto, percebe-se que a anos a população pertencente ao público LGBTI+ é alvo de constantes tabus e preconceitos, o que favorece o aumento de ISTs devido ao medo em procurar se informar e por receio em sofrer alguma discriminação. Nesse aspecto, Boletins Epidemiológicos de DST-AIDS (Doença Sexualmente Transmissíveis-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) divulgados pelo Ministério da Saúde desde 2016, mostra que o contágio é maior em homossexuais, 29,2% dos casos, quando comparados a heterossexuais, 16% dos casos, o que comprova a necessidade de medidas de prevenção nesse público.

SAÚDE MENTAL E SEXUALIDADE

Dia 10 de outubro é o Dia Mundial da Saúde Mental, criado pela Federação Mundial de Saúde em 1992 e implementado pela Organização das Nações Unidas (ONU). Foi criado com o intuito de alertar a população sobre a importância de um debate abrangente sobre os riscos envolvendo a saúde mental. Além disso, no Brasil, ainda temos o Setembro Amarelo, criado em 2014 pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com a finalidade de reforçar e alertar a população sobre os riscos envolvendo transtornos da mente, principalmente em

crianças e jovens, uma vez que tal assunto é evitado ser discutido. (Dia Mundial da Saúde Mental alerta para importância de conscientização e educação sobre o tema, 2021)

Dessarte, como abordado em todo o capítulo, constata-se que Saúde Mental e Sexualidade, são, então, dois assuntos bastante ignorados, principalmente por serem considerados "tabu" pela população em geral. No entanto, tais temas devem ser abordados, haja vista que a resistência em se discutir tópicos sexuais, especialmente com públicos mais vulneráveis, pode trazer consequências como agravos na Saúde Mental desses indivíduos, com diversos transtornos, dentre eles, ansiedade, depressão e em último caso, suicídio. Corroborando com essa problemática, um estudo transversal realizado no Nordeste no ano de 2019 com portadores de HIV, dos quais 64% dos participantes eram homens e 50% deles com a idade entre 20 e 30 anos, mostrou que 42% destes apresentavam depressão e 52% ansiedade mínima (SILVA et al. 2021).

Outrossim, há uma alta taxa de doenças mentais em adolescentes grávidas ocasionado por diversos fatores como maior vulnerabilidade devido ao período gravídico-puerperal, inexistência de apoio parental ou falta de aceitação do parceiro, preconceito da comunidade e, consequentemente, afastamento das atividades e relações sociais, provocando o isolamento. Nesse aspecto, estudos nacionais revelam prevalências de 13% a 26% de depressão em grávidas adolescentes (PEREIRA et al, 2009). Entretanto, outros estudos abordam essa temática, discorrendo sobre os problemas de saúde futuros que podem ser desenvolvidos na mãe e no feto se esses sintomas mentais prevalecerem por um longo período durante a gestação (PEREIRA et al, 2009).

Ademais, observa-se que o preconceito por parte dos profissionais da saúde em lidar com o assunto sexualidade, seja por enfermeiros, técnicos de enfermagem e até médicos, são influenciados pelos próprios e julgamentos e acabam não cumprindo com o seu dever de ajudar qualquer paciente sem nenhuma discriminação (DETOMINI, RASERA, PERES, 2016). Nesse contexto, muitos indivíduos que deveriam ter sido orientados em um contato prévio com o profissional, se tornam vítimas de inúmeras questões de saúde pública, seja doença sexual, gravidez indesejada na adolescência ou aborto ilegal, podendo futuramente, sofrer mentalmente por tais questões que impactarão diretamente em suas vidas.

Em suma, muitos cidadãos são, então, afetados mentalmente de modo injusto quando arcam com as consequências de suas ações sexuais, haja vista que, como dito, são prejudicados pela "ignorância" e "vergonha" da população em evitar abordar sobre certos assuntos como prevenção de doenças sexuais, gravidez indesejada e aborto clandestino, em detrimento de prevenir tantos problemas de saúde pública. Assim, verifica-se que a promoção da saúde é comprometida por esses tabus.

REFERÊNCIAS

SILVA, Brandão Silva e BRIGÍDO, Edimar. A Sexualidade Na Perspectiva Freudiana**. Revista Contemplação**. [s.d.]. Disponível em: http://fajopa.com/contemplacao/index.php/contemplacao/article/view/110.

ADOLESCÊNCIA. In: Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Michaelis: 2022. Disponível em: https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/adolescencia/.

ADOLESCÊNCIA: Fase da vida? Faixa etária? Construção social? Afinal, o que é Adolescência? **Vivendo a adolescência**, 2000. Disponível em: http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia.

ALVE, Graciana; HARDY, Elen. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. **Caderno de Saúde Pública.** Campinas, SP, 2005.

SOUSA, Leilane Barbosa de; FERNANDES, Janaína Franscisca Pinto; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2006, v. 19, n. 4

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aborto e Saúde Pública no Brasil**, Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção Humanizada no abortamento; **Caderno nº 4**, p. 11-14, Brasília, 2005. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília. 2020. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist.

BRITO, Nívea Maria Izidro de; ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa; SILVA, Fernanda Maria Chianca da; FERNANDES, Marta Regina Chaves Camilo; BRITO, Karen Krystine Gonçalves; Oliveira, SIMONE Helena dos Santos. **ABCS Health Sci**. 2016; 41(3):140-145. 2016.

DETOMINI, Vitor; RASERA, Emerson Fernandes. Sexualidade e saúde mental: construindo sentidos entre pessoas usuárias de um CAPS. **Programa de Pós-Graduação em Psicologia UFU.** 2016.

DETOMINI, Vitor e RASERA; Emerson Fernandes; PERES, Rodrigo Sanches. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. **Rev. SPAGESP** vol.17 nº2. Ribeirão Preto. 2016.

Dia Mundial da Saúde Mental alerta para importância de conscientização e educação sobre o tema. **Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo**, 2021. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/noticia/?08/10/2021/dia-mundial-da-saude-mental-alerta-para-importancia-de-conscientizacao-e-educacao-sobre-o-tema.

FLORIDO, Carla Císntia Mendonça. Adolescência, Sexualidade E Gravidez Não Planejada: Desafios E Consequências. **Revista Mundo Livre**, Campos dos Goytacazes, v.5, n.1, p. 3-26, Jan./Jul. 2019. Disponível em: https://periodicos.uff.br/mundolivre/article/view/39974/23048.

Proporção de crianças e adolescentes sobre a população total. Observatório da criança e do adolescente. **Fundação ABRINQ.** 2021. Disponível em: https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/populacao.

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Brasília, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/cerca-de-1-milhao-de-pessoas-contrairam-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-no-brasil-em-2019.

LOURENÇO, Tainá. Infecções sexualmente transmissíveis entre jovens preocupam especialista. **Jornal da USP**, 2021. Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/infeccoes-sexualmente-transmissiveis-entre-jovens-preocupam-especialista/.

MANN, Claudio Gruber; MONTEIRO, Simone. Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 7

SILVA, Ingrid Bergmam do Nascimento et al. Depressão e Ansiedade de Pessoas Vivendo com HIV. **Revista Contexto & Saúde**. 21(44), 322–331. Disponível em: https://doi.org/10.21527/2176-7114.2021.44.9528

MAIA, Ana Luisa de Menezes Macedo et al. Sexualidade: uma nova área de conhecimento. **Saúde & Conhecimento - Jornal de Medicina Univag**. [s.d.]. Disponível em: http://periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/view/1065.

SILVA, Marli de Fátima . Sexualidade e gravidez na adolescência. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG**. Campos Gerais, 2011.

SILVA, Natália Viana Marcondes da Silva et al.. Health education with adolescents sexuality and STI prevention. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e107985436, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.5436. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5436.

SOUSA, Leilane Barbosa, FERNANDES, Janaína Franscisca Pinto, BARROSO,Maria Grasiela Teixeira. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paul Enferm** 2006;19(4):408-13p.

Educational and Treatment in Human Sexuality: the training of Health Professionals. **World Health Organization**. Geneva. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38247/WHO_TRS_572_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



MONICA DE ANDRADE - Vice-presidente da União Internacional de Promoção de Saúde e Educação para a Saúde para América Latina (IUHPE/ORLA). Consultora em propostas de cursos novos de Pós-graduação. Tutora em Habilidades para a Vida da Fundação EDEX (Espanha). Desenvolve Métodos Participativos para o Ensino Superior. Professora convidada da Escola de Saúde Pública, Universidade da Costa Rica, (2012). Consultora para avaliação de Cursos Novos no Comitê Interdisciplinar da CAPES (2015). Participou do São Paulo School of Advanced Science on Climate Change: Scientific basis, adaptation, vulnerability and mitigation (SPSASCC 2017). 54 orientações concluídas, sendo 1 supervisão de pós-doutorado, 7 orientações de Doutorado, 23 orientações de Mestrado, 4 co-orientações de Mestrado, 7 orientações de Iniciação Científica, 12 orientações de TCC. Participa do Grupo de Trabalho Promoção de Saúde e Desenvolvimento Sustentável da ABRASCO. http://lattes.cnpq.br/4625765471235917



NATÁLIA DE FÁTIMA GONÇALVES AMÂNCIO Fisioterapeuta, formada pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM (2010), Pós-Doutora em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca- UNIFRAN (2020), especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher e do Homem pela FCMMG (2014) e em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pelo UNIPAM (2013). É docente do Curso de Medicina do UNIPAM, e membro do Conselho Curador do UNIPAM. http://lattes.cnpq.br/3797112138697912



KARINE SIQUEIRA CABRAL ROCHA Médica, formada pela UFMG em 2001. Especialista em Medicina de Família e Comunidade e em Homeopatia. Mestre em Ciências da Saúde pela UFSJ e doutoranda em Promoção da Saúde pela UNIFRAN. Docente da UFSJ desde 2010 e do UNIPAM desde 2014. Atualmente é coordenadora do curso de medicina do UNIPAM. http:// lattes.cnpq.br/1327777040350860

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br



A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

FEPAM
Fundação Educacional de Patos de Minas
UNIPAM
Educação que transforma
medicina
UNIPAM
Atena
Editora
Ano 2023

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br



A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

FEPAM
Fundação Educacional de Patos de Minas
UNIPAM
Educação que transforma
medicina UNIPAM
Atena Editora
Ano 2023